



مكتوب
عبد الرحمن سلطان

الطبيب النفسى

الدكتور

عماد الدين سلطان

مدير المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية

الناشر

دار "حياة العرب"
بيروت - القاهرة

إلى كل من يبحث الأمن والاطمئنان
في نفوس الآخرين ، فيجذبهم
الاضطراب وفقدان الذات

تقديم

يبدأ سلوك الكائن الحي بمثير . هذا المثير قد يكون داخليا ، من داخل الكائن الحي ذاته ، أو خارجيا بعيدا عن جسم الكائن الحي . وفي كلتا الحالتين لابد ان يدرك الكائن الحي المثير . وبهذا يسلك السلوك المناسب . ومن الجدير بالذكر ان السلوك الذي يسلكه الكائن الحي قد يكون مجرد رد فعل لا ارادى للمثير ، أو سلوكا متعدد الأبعاد قد يخضع الفرد بعض أبعاده للضبط حتى يأتي السلوك متوافقا مع مقتضيات البيئة التي يعيش فيها هذا الفرد .

ويستقبل الكائن الحي المثيرات التي تدفع الى السلوك عن طريق مستقبلات تختلف في بساطتها وتعقدتها باختلاف الكائن الحي ، كما تختلف كذلك مراكز الادراك والتفاعل في بساطتها وتعقدتها .

وعلى قمة الكائنات الحية يوجد الانسان بمستقبلاته ومراكز ادراكه وتفاعلاته المعقدة . فالانسان يستقبل المثيرات الخارجية عن طريق حواسه الخمس من سمع وبصر وشم وتذوق ولمس . وبهذا ينتقل ما يثار في البيئة الخارجية الى مراكز الادراك والتفاعل في الجهاز العصبي المركزي . اما المثيرات الداخلية فتستقبلها نهايات الاعصاب في الاماكن المختلفة من الجسم حيث تنتقل هي الاخرى الى مراكز الادراك والتفاعل . ومن هنا يأتي الانسان بالسلوك الذي قد نلاحظ بعض أبعاده ، على حين لا نلاحظ البعض الآخر .

وجدير بالذكر ان تشير الى ان السلوك يتوقف على المثيرات بنوعها المادى والاجتماعى ، وعلى الجهاز العصبى الذى يستقبل المثيرات ويدركها

وتفاعل بها ل يتم السلوك . والمثيرات المادية قد تكون خارجية ترتبط بطبيعة البيئة المادية التي يعيش فيها الانسان ، وقد تكون داخلية كالمعمليات الكيميائية والفسيولوجية التي تحدث في الجسم وما يحتويه من عناصر ومركبات كيميائية وما ينتاب الجسم من امراض . اما المثيرات الاجتماعية فترتبط بالعلاقات الاجتماعية في المجتمع الذي يعيش فيه الفرد وما يسود هذا المجتمع من نظم سياسية واقتصادية واجتماعية . ويلاحظ ان بين المثيرات والاستجابات التي ياتي بها الكائن الحي تفاعلا متبادلا ، بمعنى ان الكائن يتاثر بالمثيرات فيستجيب لها ، وهذه الاستجابات قد تحدث تغييرا في المثيرات ، الامر الذي يكون له استجاباته المناسبة .

وسلوك الانسان قد نصفه بأنه سلوك مرضي او سلوك غير مرضي بناء على متغيرات او اعراض تكشف عنها اساليب التشخيص المختلفة . وبناء على هذه المتغيرات او الاعراض يمكن ايضا ان نصف او نقسم السلوك المرضي موضوع هذا المؤلف .

أعراض السلوك المرضي

كأى اضطراب ينتاب جسم الانسان وتكون له اعراضه التى يشكو منها المريض ويلاحظها الاخصائى بالعين المجردة ، أو بما يتخذه من اساليب تكشف له عنها ، فالاضطراب فى السلوك له أيضا اعراضه . وهذه الاعراض تظهر فى ابعاد السلوك المختلفة من دوافع وتكوين عقلى وانفعالى . هذه الأبعاد التى مازال الخلاف بيننا فى تحديد وتعريف متغيراتها ، مما يؤثر على صدق وثبات قياس هذه المتغيرات .

ولكن مهما يكن من أمر تحديد وتعريف المتغيرات السلوكية وصدق وثبات مقاييسها فان مؤلفات الطب النفسى تتناول عددا من المتغيرات أو الأعراض التى يمكن بها التعرف على السلوك المرضى وتشخيصه ، والتى يمكن على أساسها أيضا تصنيف هذا السلوك . وتتميز هذه المتغيرات أو الأعراض بانها نتيجة الخبرة الاكلينيكية ، ويسهل الكشف عنها بملاحظة المريض مما يزيد من صدقها وثباتها .

وفيما يلى نتناول المتغيرات أو الأعراض التى تفيد فى تشخيص الاضطرابات السلوكية ، على اننا سنشير الى دلالة كل متغير فى التشخيص بكونها دلالة مؤكدة أو عالية أو منخفضة .

فالعرض ذو الدلالة المؤكدة يتسم به الاضطراب النفسى ولا يوجد فى غيره من الاضطرابات . وقيمة هذه الأعراض انها تؤدى الى تشخيص مؤكد . ويمكن بالأعراض المؤكدة التعريق بين الاضطرابات الذهانية وغيرها من الاضطرابات النفسية الأخرى ، وكذلك التفريق بين الاضطرابات الفصامية وغيرها من الاضطرابات الذهانية الأخرى . وفيما عدا بعض الاستثناءات القليلة فان الأمراض المؤكدة تدل على الاضطرابات الذهانية ، وغالبا الاضطرابات الفصامية .

وحيث أن بعض الأعراض المؤكدة يصعب ثبات ملاحظتها فمن الأفضل أن يقوم التشخيص على أساس عدد من الأعراض .

والأعراض العالية الدلالة غالبا ما نلاحظها في أحد الاضطرابات ، ولكننا نلاحظها أيضا في اضطرابات أخرى . وهذه الأعراض تشتمل بدرجة عالية الى التشخيص وخاصة عند ملاحظتها مع أعراض أخرى لها نفس الدلالة في التشخيص .

والأعراض المنخفضة الدلالة تحدث بانتظام في اضطراب ما ، وقد تشيع في اضطرابات أخرى . وعلى هذا لا تؤيد بشدة تشخيصا معينا .

التناقض الانفعالي

تناقض الاحساسات في نفس الوقت نحو موضوع معين .
المريض الذى ينادى صديقه باستمرار « أيها الشيطان ، أيها الملاك ، أيها الشيطان ، أيها الملاك » .

وهذا العرض منخفض الدلالة في حالة :

- ١ - الفصام .
- ٢ - الاضطرابات العصبية .

فقدان الذاكرة

يفقد المريض ذاكرته وخاصة بالنسبة للأحداث القريبة أو البعيدة التى يتوقع ان يتذكرها الفرد .
مريض أصيب في حادثة سيارة باروتاج ، وبعد شفائه لم يستطع ان يتذكر الأحداث التى أدت الى الحادثة .

وهذا العرض على الدلالة في حالة :

- ١ - مجموعة اعراض اصابة المخ العضوية (حيث يلاحظ أيضا اضطراب في الشعور والتكوين العقلي) .
- ٢ - الشخصية الهستيرية .

القلق

حالة من التوتر وعدم الاستقرار والخوف وتوقع الخطر .

شاب في السادسة والعشرين من عمره ، يشكو من الخوف العميق المصحوب بالاحساس بعدم الارتياح ، كما يشكو من الضعف واللتط وتصبب العرق . وعندما يوجد هذا العرض دون أى مبرر من ظروف المريض البيئية والشخصية يكون عرضا على الدلالة في حالة :

- ١ - الاضطرابات العصابية (عندما تستبعد الاضطرابات الذهانية) ، وخاصة عصاب القلق (عندما يكون القلق هو العرض الرئيسي) .

٢ - الفصام ، والميلانكوليا الانتكاسية والاضطرابات الانفعالية الشديدة (عندما توجد الاضطرابات الذهانية) .

وعندما لا يوجد القلق على الرغم من وجود ما يبرره من ظروف المريض البيئية والشخصية ، يكون عرضا على الدلالة في حالة :

- ١ - العصاب الهستري (النوع التحولي) .
- ٢ - اضطرابات الشخصية (عندما يمكن استبعاد الدهان) ، وخاصة الشخصية غير الاجتماعية .

الملاوكة الاجتماعية

الميل الى عدم الأخذ بالمعايير الاجتماعية وغالبا ما يكون الفرد في صراع معها .

شاب في التاسعة عشرة من عمره ، قبض عليه وحكم عليه بالسجن
بسبب السرقة ، وكانت هذه السرقة هي الرابعة عشرة في حوادث
السرقة التي ارتكبها .

ويكون هذا العرض عالي الدلالة في حالة :

١ - الشخصية الاجتماعية (عندما يمكن استبعاد الذهان
وجود القلق بدرجة ضئيلة أو عدم وجوده) .

فقدان الكلام

اضطراب اولى في عملية الاستقبال (فقدان الكلام الحسي) او في
عملية التعبير (فقدان الكلام الحركي) .

شاب أصيب في المخ في حادث سيارة ، فانتابه فقدان الكلام
التعبيري . فلم يعد يستطيع ان يسمى الأشياء العامة في حديثه ، كما
لا يستطيع ان يسمى الأشياء المألوفة التي تعرض عليه . حيث يطلق على
القلم « ما تكتب به » ، على الرغم من أنه يستطيع ان يربط بين الشيء
والاسم اذا ما عرضا عليه معا .

وفقدان الكلام عرض مؤكد الدلالة في حالة :

١ - مجموعة اعراض اصابة المخ العضوية .

الذاتية

الميل الشديد الى تأثر الفكر والادراك بحاجات الفرد ورغباته دون
اعتبار الواقع الموضوعي . وتمثل الذاتية انفصالا خطيرا عن الواقع .

سيدة متعلمة ، يصعب ملاحظة انفصام عليها ، اخذت تقوم
بحركات شاذة امام جمع كبير من الأشخاص ولم تدرك ما يسبب هذا
من حرج لاصدقائها .

والذاتية عرض مؤكد الدلالة في حالة :

١ - الفصام .

الاحتباس

حيث يقف تداعى الافكار ، وعند استعادة التداعى تداعى افكار يكون او لا يكون لها ارتباط بما كان يجرى من افكار .

سيدة هستيرية تشكو من توقفها عن الحديث بين العبارات . وتردد كلماتها الاخيرة ثم تواصل الحديث .

وتوقف تداعى الافكار عرض عالى الدلالة في حالة :

١ - الفصام والاكتئاب الذهاني (عندما يوجد الذهان) .

٢ - العصاب الهستيرى ، النوع التفككى ، وعصاب القلق (عند استبعاد الذهان والصراع ذى النوبة الصغيرة) .

الكتاتونيا

حالة تتميز باضطراب حركى ملحوظ ، سواء اكان هذا الاضطراب جمودا او هياجاً ونشاطاً نفسى حركى زائدا . وقد يظهر المريض انثنائية شمعية حيث تأخذ الأطراف اى وضع توضع فيه . فبعد قليل من دخول احد مرضى الفصام مستشفى الصحة النفسية ، وجد فى وضع التمثال وبدا كأنه لا يرى ولا يسمع .

والكتاتونيا عرض عالى الدلالة في حالة :

١ - الفصام الكتاتونى (عند وجود الذهان واستبعاد الذهان)

الناتج عن اسباب عضوية) .

٢ - عصاب القلق الشديد (عند استبعاد الذهان) .

الحشو العرضي

حيث لا يوجه الحديث والفكر مباشرة الى الهدف مع كثير من التفاصيل والتفسيرات غير اللائمة .

فقد سئل طفل متخلف عقليا عن عمره ، فاجاب بانه قد ولد يوم الاحد ، وان اليوم يوم الاحد وكان ذلك اليوم دافئا كالان ، وانه نحتمل ان يكون عمره اثنتى عشرة سنة ، على الرغم من انه غير متأكد . وهذا العرض يكون عالى الدلالة فى حالة .

١ - الفصام المزمن غير المتميز (عند وجود اللهاان ، واستبعاد الاضطرابات العضوية) ونسبة ذكاء المريض ٧٠ او اكثر) .

ويكون عرضا منخفض الدلالة فى حالة :

١ - امراض اصابة المخ العضوية ، وخاصة الاضطرابات المخية المزمنة (عندما تكون نسبة ذكاء المريض ٧٠ او اكثر) .

٢ - التخلف العقلى (عندما تكون نسبة ذكاء المريض اقل من ٧٠)

تلبس الشسور

ونعنى بتلبس الشسور ان المثيرات التى كانت تؤدى عادة الى استجابات واضحة لم تعد تؤدى الى مثل تلك الاستجابات .

فقد اصببت سيدة فى حادث سيارة وعند دخولها المستشفى كانت تنظر الى الأشخاص الذين تعرفهم دون ان تتعرف عليهم . وكان من الواضح انها لا تحس بالآلم عند اجراء خياطة الجروح التى حدثت .

وهذا العرض مؤكد الدلالة فى حالة :

١ - مجموعة امراض اصابة المخ العضوية وخاصة الاضطرابات المخية الحادة .

القهر

ونعنى به الدفع المستمر المتكرر لاداء فعل ما ضد الرغبات
الشعورية العادية .

مريض يعاني من رغبته المستمرة الملحة لفصل يديه ، حيث يقوم
بفصلها مرات ومرات .

والقهر عرض مؤكد الدلالة في حالة :

١ - عصاب الوسواس - القهرى (عند استبعاد الذهان وعندما
يكون مصحوبا بتفكير وسواسى) .

وعرض عالى الدلالة في حالة :

١ - عصاب الوسواس - القهرى (عند استبعاد الذهان وعندما
لايتون مصحوبا بتفكير وسواسى) .

وعرض منخفض الدلالة في حالة :

١ - الفصام والاضطرابات الانفعالية الشديدة (عند وجود
الذهان) .

الأراجيف

ونعنى بها عدم القدرة على استدعاء الخبرات القريبة ، مع الميل
لأن ما يكون هناك من فجوات في الذاكرة بمعلومات غير حقيقية .

والأراجيف عرض عالى الدلالة في حالة :

١ - مجموعة اعراض اصابة المخ المضوية المزمنة ، وخاصة ذهان
كورساكوف .

الارتباك

حالة تتميز بالحيرة وعدم الوعى بالبيئة .

مريض الحق بالمستشفى بسبب ذهان تسمى ، فكان لا يعرف من هو أو كيف أحضر الى المستشفى .
والارتباك عرض على الدلالة في حالة :

- ١ - مجموعة أعراض إصابة المخ العضوية الحادة .
- ٢ - الفصام ، وخاصة النوبة الفصامية الحادة (عند استبعاد الاضطرابات العضوية) .

السلوك التحولى

ونعنى به العرض الجسمى الذى يحدث نتيجة لصراع نفسى .
سيدة تعاني من الهستيريا ، اذ انتابها فقدان مؤقت للاحاس فى يدها اليسرى - وقد تذكرت أخيرا انها ضربت أمها بهذه اليد .
وهذا العرض يكون على الدلالة في حالة :
١ - المصاب الهستيرى ، النوع التحولى (عند استبعاد الدهان وتحديد المعنى الرمضى للسلوك) .
ويكون العرض منخفض الدلالة في حالة :
١ - الفصام (عند وجود الدهان)

المزاج البورى

ونعنى به ان ينتاب المريض فترات متعاقبة من المرح والاكتئاب ، والنشاط النفسحركى الزائد والمنخفض ، والهياج والتبلد .

طالبة في الثانية والعشرين من العمر ، يصفوا اصدقائها بأنها متقلبة المزاج ولا يستطيع احد ان يتنبأ بمزاجها ، حيث انها قد تكون مرحه ومبهجة في يوم ما ومكتئبة في اليوم التالى .

ويكون هذا العرض عالى الدلالة فى حالة :

- ١ - ذهان الهوس - الاكتئابى من النوع الدورى (عندما يوجد
الذهان ولا يتقلب المزاج كثيرا) .
- ٢ - الشخصية الدورية (عند استبعاد الذهان) .
ويكون منخفض الدلالة فى حالة :
- ١ - الفصام (عندما يوجد الذهان ويكثر تقلب المزاج) .

انخفاض النشاط النفسحركى

نقص مستوى السلوك الحركى ، وانخفاض مستوى النشاط
المعدي للمريض .

شاب يعانى من اكتئاب ذهانى ، ينام فى السرير دون حركة ، ويفعل
رأسه بمفرش السرير ، وقد اعترف فيما بعد انه فعل هذا ليمد المناظر
والاصوات عنه ، ليقال من شدة مخاوفه .
ويكون هذا العرض عالى الدلالة فى حالة :

- ١ - الفصام الكتاتونى (عند وجود الذهان والكتاتونيا) .
- ٢ - الهوس - الاكتئابى ، النوع الاكتئابى ، ورد الفعل الاكتئابى
الذهانى (عند وجود الذهان مع عدم وجود الكتاتونيا) .
- ٣ - العصاب الاكتئابى (عند استبعاد الذهان) .

الهذاء

معتقد خاطيء لا يتفق مع ظروف الشخص ، ومع مجانبته للواقع
لا يمكن تصحيحه بالمنطق والاقناع .
(م ٢ - الطب النفسى)

حضر مريض يعاني من الفصام الاضطهادي في حالة غضب اني
عيادة الطبيب المعالج يحتج على محاولة الطبيب ابداءه بالتخطيط لنشر
تفاصيل عن تاريخه الجنسي في احدى الجرائد اليومية .

والهذاء عرض مؤكد الدلالة في حالة :

١ - الاضطرابات الذهانية .

ويوجد هناك عدة انواع من الهذاء .

١ - هذاء العظمة

حيث يعتبر المريض نفسه الها أو نبيا أو مبعوث العناية الالهية
لخلاص البشرية ، أو ملكا أو رئيسا أو يمتلك الملايين أو انه اعلم العلماء .
وهذاء العظمة عرض عالي الدلالة في حالة :

١ - مجموعة اعراض اصابة المخ العضوية ، وخاصة الخبل
العام .

٢ - الهوس - الاكتئابي ، النوع الهوسي (عند استبعاد
الاضطرابات العضوية) .

ويكون هذاء العظمة عرضا منخفض الدلالة في حالة :

١ - الفصام .

ب - هذاء الاضطهاد

اذ يشكو المريض من كونه مضطهدا من أهله أو من زملائه أو من
هيات أو من اشخاص معينين أو مجهولين ، أو ان البعض يسمون له
السم في طعامه أو شرا به ، أو يتآمرون عليه أو يؤذونه بأى وسيلة .

ويكون هذا العرض عالي الدلالة في حالة :

١ - الفصام وخاصة من النوع الاضطهادي .

كما يكون منخفض الدلالة في حالة :

- ١ - الهوس - الاكتئابي ، النوع الاكتئابي .
- ٢ - الميلانيكوليا الانتكاسية .
- ٣ - رد الفعل الاكتئابي الذهاني .
- ٤ - مجموعة امراض اصابة المخ العضوية المزمنة ، وخاصة المرضى المسنين .

ج - هذاء اتهام الذات

حيث تدور الهذات حول الخطيئة والذنب والفقر وتوهم المرض .

وهذا العرض عالي الدلالة في حالة :

- ١ - الميلانيكوليا الانتكاسية .
 - ٢ - الهوس - الاكتئابي ، النوع الاكتئابي .
 - ٣ - رد الفعل الاكتئابي الذهاني .
- والعرض منخفض الدلالة في حالة :
- ١ - الفصام .

فقدان الذات

اضطراب الشعور بالذات واحساس المريض بانعدامه أو بأنه تغير أو أصبح كأنه شخص مختلف عما يمهده في نفسه ، وقد يكون ذلك مجرد احساس يدرك المريض أنه ظاهرة مرضية يعانى منها أو يفقد المريض استبصاره ويعتقد في صحة احساسه .

مريض في المراحل الأولى للفصام يقارن احساسه بما قد تحسه ورقة مالية عندما يفحصها خبير يعرف الفرق بين الأوراق المالية المزيفة وقرى المزيفة .

وفقدان الذات عرض منخفض الدلالة في حالة :

- ١ - مجموعة أعراض إصابة المخ الحادة .
- ٢ - الاضطرابات الذهانية .
- ٣ - الاضطرابات العصبية (عند استبعاد الذهان) .

اكتئاب الانفعال

اذ ينتاب المريض الحزن واليأس مع هبوط الانفعال . ويكون
لاكتئاب الانفعال دلالة تشخيصية فقط عندما يمكن تمييزه بوضوح عن
حالة الحزن العادية .

واكتئاب الانفعال عرض عالي الدلالة في حالة :

- ١ - العصاب الاكتئابي (عند استبعاد الذهان ، واكتئاب الانفعال
العرض الأساسي للمريض ، او عندما يصاحب اكتئاب الانفعال عدد من
الأعراض الجسمية ، كالارق او نقص الشهية او الامساك او التعب او
نقص الوزن) .

- ٢ - الميلانيكوليا الانتكاسية (عند وجود الذهان ، وتقدم السن
بالمريض وليس له تاريخ من الاضطرابات النفسية) .

- ٣ - الهوس - الاكتئابي ، النوع الاكتئابي ، او رد الفعل الاكتئابي
الذهاني (عند وجود الذهان واستبعاد رد الفعل الذهاني الانتكاسي) .

ويكون عرضا منخفض الدلالة في حالة :

- ١ - الفصام .

المصاداة والمحاكاة

فالمصاداة ترديد المريض لكلمة او لعبارة ينطق بها شخص آخر
ترديدا اعمى والمحاكاة تقليد المريض لحركات شخص آخر بطريقة آلية .
وغالبا ما تظهر المصاداة والمحاكاة معا .

فاحدى مريضى الفصام عندما تسمع الممرضة تنادى لتناول طعام الغداء تأخذ فى ترديد « الطعام ، الطعام ... » وفى نفس الوقت تقار الممرضة فى حركاتها وتعبيراتها .
والمصاداة والمحاكاة عرضان مؤكدا للدلالة فى حالة :
١ - الاضطرابات الذهانية .

الانفعالية العالية

اذ تتسم انفعالية الشخص بالانصراف ، والتفاؤل والثقة بالنفس حتى ولو لم توجد ما يبررها من ظروف الشخص أو خبرته .
ويكون هذا عرضا عالى الدلالة فى حالة :
١ - الهوس - الاكتئابي ، النوع الهوسي (عند استبعاد الاضطرابات العضوية ووجود الذهان ، وعدم وجود أعراض تدل على الفصام) .
ويكون عرضا منخفض الدلالة فى حالة :
١ - الفصام وخاصة الفصام الهيفرنى .

تطايير الأفكار

فيعبر المريض عن فكرة ويعقبها سريعا بفكرة أخرى حيث يكون الارتباط بين الفكرتين ضعيفا أو لا يوجد هناك ارتباط .
فاحد المرضى بالهوس يكتب خطابات لأصدقائه وأقاربه حتى أنه يستخدم كمية كبيرة من الورق ، كما يقضى ثمانى عشرة ساعة يوميا فى الكتابة . وعند قراءة الخطابات نجد عدم وجود ارتباطات منطقية بين العبارات ، على الرغم من أن كل عبارة فى حد ذاتها قد يكون لها بعض المعنى .

وتطايير الأفكار عرض عالى الدلالة فى حالة :

- ١ - الهوس - الاكتئابى ، النوع الهوسى (عندما نلاحظ بوضوح :
الارتباطات غير المنطقية بين الأفكار) .
- وعرض منخفض الدلالة فى حالة :
- ١ - الفصام (عندما لا نلاحظ ارتباطات بين الأفكار) .

الهوسنة

- ادراك دون وجود مشير حقيقى خارجى .
- فيقرر مريض بالفصام انه يسمع اصواتا تناديه بسبب زوجته
وأطفاله . ومريض آخر يرى بعض الحشرات تزحف على جلده ويحس
بزحفها . ومريض ثالث يشم رائحة عفن واحتراق ، كما يتذوق طعمها
سواء اكان يتناول طعامه ام لا .
- والهوسنة عرض مؤكد الدلالة فى حالة :
- ١ - الاضطرابات الدهانية .
- ويوجد هناك عدة انواع من الهلوس .

١ - هلوسة سمعية

عرض عالى الدلالة فى حالة :

- ١ - الفصام .
- عرض منخفض الدلالة فى حالة :
- ١ - الميلانيكوليا الانتكاسية .
- ٢ - الهوس - الاكتئابى ، من النوع الاكتئابى .
- ٣ - رد الفعل الاكتئابى الدهانى (عندما نلاحظ اعراض فصامية) .
- ٤ - مجموعة اعراض اصابة المخ العضوية .

ب - هلوسة بصرية

عرض على الدلالة في حالة :

١ - مجموعة أعراض إصابة المخ الحادة ، وخاصة الهذيان
ارتعاشي ، وغيرها من الاضطرابات الذهانية التسممية .

وعرض منخفض الدلالة في حالة :

١ - الفصام (عند استبعاد مجموعة أعراض إصابة المخ الحادة) .

ج - الهلوسة الشمعية

عرض على الدلالة في حالة :

١ - مجموعة أعراض إصابة المخ العضوية ، وخاصة إصابة الفص
الصدغي والفص الامامي والصرع .

وعرض منخفض الدلالة في حالة :

١ - الفصام (عند استبعاد مجموعة أعراض إصابة المخ العضوية) .

د - الهلوسة اللمسية

عرض مؤكد الدلالة في حالة :

١ - الفصام (عندما تتعلق الهلوسة اللمسية بالأعضاء الجنسية) .

وعرض على الدلالة في حالة :

١ - مجموعة أعراض إصابة المخ العضوية ، وخاصة الهذيان
الارتعاشي (عندما لا تتعلق الهلوسة اللمسية بالأعضاء الجنسية) .

هـ - هلوسة التذوق

عرض على الدلالة في حالة :

١ - مجموعة أعراض إصابة المخ العضوية ، وخاصة إصابة الفص

الصدغي والصرع .

وعرض منخفض الدلالة في حالة :

١ - الفصام (عند استبعاد مجموعة أعراض إصابة المخ العضوية) .

توهم المرض

اهتمام الفرد الزائد بحالته الصحية مع سوء تفسير الأعراض البسيطة والمبالغة فيها .

سيدة في الثامنة والستين من عمرها تعاني من قلق شديد فيما يتعلق بصحتها ، على الرغم من أن كل الفحوصات التي أجريت لها كشفت عن خلوها من الأمراض . وتعتقد أن أي ألم في ذراعها يعني التهاب المفاصل : كما تعتقد أن أي ألم في معدتها يعني بداية قرحة . وتتناول هذه السيدة سبعة أنواع مختلفة من العقاقير كل يوم .

وتوهم المرض عرض عالي الدلالة في حالة :

١ - الميلانيكوليا الانتكاسية (عند وجود الذهان والمريض في سن متقدمة . مع عدم وجود تاريخ من الاضطرابات النفسية) .

وعرض منخفض الدلالة في حالة :

١ - عصاب المخاوف .

٢ - عصاب الاكتئاب (عند استبعاد الذهان) .

٣ - الاضطرابات الانفعالية الرئيسية .

٤ - الفصام (عند وجود الذهان واستبعاد الميلانيكوليا الانتكاسية) .

الافكار اليمائية

اعتقاد المريض بأنه المقصود بأحداث الآخرين وإتساماتهم أو أنه المقصود من مقالات معينة في الصحف أو بأحداث في الإذاعة حيث تشير إليه من طرف خفي .

يقرر احد مرضي فصام البارانويد انه يعتقد أن كل فرد من حوزة يتحدث عنه ويستهزئ به .

والافكار الایمانیة عرض عالی الدلالة فی حالة :

١ - المراحل الاولية لفصام البارانويد .

٢ - الميلانيكوليا الانتكاسية .

٣ - الهوس - الاكتئابي ، النوع الاكتئابي .

٤ - رد الفعل الاكتئابي الذهاني (عندما لا توجد أعراض فصامية) .

٥ - مجموعة أعراض إصابة المخ العضوية ، وخاصة الهذيان الارتعاشي المبتدئ (عندما لا توجد أعراض فصامية ولكن يوحد تسمم او عدوى او إصابة) .

خداع الإدراك

ادراك خاطيء لثير حسی .

فأحد مرضي فصام البارانويد ، كان يعتقد عند سماعه لصوت الشجرة التي تصطدم بجانب منزله أثناء العاصفة ، ان الله يرسل اليه انذارا بالعذاب .

وخداع الادراك عرض منخفض الدلالة فی حالة :

١ - مجموعة أعراض إصابة المخ العضوية .

٢ - الاضطرابات الذهانية .

قصور الانفعال

فيكون المريض متبلدا انفعاليا ويبدو عديم الاحساس للمثيرات البيئية التي تحدث السرور او الالم عادة .

مرضى بالفصام نلاحظ عليه دائما انفعالية مبلدة فلا يبتسم ولا

يفضّب ولا يظهر أى تعبير انفعالى آخر مهما يكن الامر من حوله . كم
انه يتكلم بأسلوب رتيب .

وقصور الانفعال عرض مؤكد فى حالة :

١ - الفصام .

وعرض على الدلالة فى حالة :

١ - الميلانيكوليا الانتكاسية .

٢ - الهوس - الاكتئابى ، النوع الاكتئابى .

٣ - رد الفعل الاكتئابى الذهانى . (عندما لا يوجد أعراض فصامية
أخرى مؤكدة) .

الانفعال غير اللائم

ونعنى به أن استجابة المريض لانتلاءم انفعاليا مع المثير ، أى أنه
قد يكون سعيدا عندما ينبغى أن يكون حزينا ، أو قد يكون حزينا عندما
ينبغى أن يكون سعيدا .

سيدة فصامية أخبرت طبيبها المعالج بأنها تعتقد بأن
زوجها يخطط لقتل أطفالها . وبعد هذا اخذت تضحك بفتور .

والانفعال غير اللائم عرض مؤكد فى حالة :

١ - الفصم .

وعرض على الدلالة فى حالة :

١ - الميلانيكوليا الانتكاسية .

٢ - الهوس - الاكتئابى ، النوع الاكتئابى .

٣ - رد الفعل الاكتئابى الذهانى . (عندما لا يوجد أعراض
فصامية مؤكدة أخرى) .

النشاط النفسحركى الزائد

زيادة معدلات السلوك الحركى وكذلك زيادة النشاط العساذى للمريض زيادة كبيرة .

مريض بالهوس يعمل من الصباح الباكر حتى ساعة متأخرة من المساء فى عمل يعد له . وينام من الليل ثلاث ساعات فقط ، ويقضى بقية الوقت فى الحركة ودعوة الأصدقاء .

ويكون هذا العرض عالى الدلالة فى حالة :

١ - الهوس - الاكتئابى ، النوع الهوسى (عندما يوجد الدهان ويكون للنشاط الزائد هدف حتى ولو كان من الصعب تحديد هذا الهدف) .

٢ - الفصام الكتاتونى (عندما يوجد الدهان ولا يكون للنشاط الزائد هدف واضح) .

ويكون هذا العرض منخفض الدلالة فى حالة :

١ - مجموعة أعراض إصابة المخ الحادة ، وخاصة الهذيان الارتعاشى .

العزلة

رغبة المريض فى البقاء بمفرده .

فتقرر سيدة أنها تفضل كثيرا البقاء بمفردها . وأنها تقضى معظم ساعات فراغها فى منزلها فى مشاهدة التليفزيون بمفردها حيث أن لا أصدقاء لها .

والعزلة عرض عالى الدلالة فى حالة :

١ - الفصام (عندما يوجد الدهان ونلاحظ اعراضا فصامية مؤكدة)

٢ - الميلانيكوليا الانتكاسية .

٣ - الهوس - الاكتئابي ، النوع الاكتئابي .

٤ - رد الفعل الاكتئابي الذهاني . (عندما يوجد الدهان مع عدم ملاحظة اعراض فصامية مؤكدة) .

٥ - الشخصية الفصامية (عند استبعاد الدهان) .

التداعى المفكك

يفقد تفكير المريض انسيابه ، فيبدو التفكير والحديث عشوائيا ، فلا يوجد ارتباط منطقي بين عناصرهما .
يكتب مريض بالفصام : انا هنا لانه يريدني ان اكون هناك ، لاننى اعاون الاله . لقد قالت انها سترانى مره اخرى . متى ساموت واصبح حرا .

والترابط المفكك عرض مؤكد للدلالة فى حالة :

١ - الاضطرابات الذهانية .

وعرض على الدلالة فى حالة :

١ - الفصام

النمطية

ونعنى بها حركات الجسم الرتيبة ، التى تتكرر وتكرر . وهذه الحركات تحدث فى الوجه غالبا وتتضمن التجهم او الابتسام ، والافواه الشاذة للرأس والرقبة .

مريض بالفصام يجلس فى مقعدة طول يومه يهتز الى الامام والى

الخلف ممسكا بيده اليسرى أمام جسمه كما لو كان يحمى نفسه من ضربة ، بينما يمسك بيده اليمنى أذنه اليمنى بشدة . ويستمر في هذا السلوك النمطي طوال يومه تقريبا مع توقفه قليلا لتناول الطعام والذهاب للحمام .

والنمطية عرض عالي الدلالة في حالة :

١ - ردود فعل الجهاز خارج الهرمى المصاحبة لبعض عقاير المهدئات الكبيرة .

٢ - الفصام وخاصة الفصام الهيفرينى او الفصام الكتاتونى (عندما يوجد الذهان والمرض لا يكون مصاحبا لتناول العقاقير) .

والمرض منخفض الدلالة في حالة :

١ - عصاب الوسواس - القهرى :

٢ - العصاب الهستيرى النوع التحولى (عند استبعاد الذهان) .

البكم

لا يرغب المريض في الكلام ، او انه لا يستطيع الكلام على الرغم من انه كان يتكلم قبل مرضه .

والبكم عرض عالي الدلالة في حالة :

١ - الفصام الكتاتونى (عندما توجد الكتاتونيا مع استبعاد الاسباب العضوية) .

ويكون العرض منخفض الدلالة في حالة :

١ - رد الفعل الاكتئابى الذهانى .

٢ - الهوس - الاكتئابى ، النوع الاكتئابى (عندما لا توجد

الكتاتونيا مع استبعاد الاسباب العضوية) .

٣ - مجموعة أعراض إصابة المخ العضوية المزمنة .

اللغة المتبكرة

صياغة كلمة جديدة أو استخدام كلمة قديمة في سياق جديد .
يصف رجل قصاصي زوجته بأنها « سيف حرب » لأنه يعتقد أنها
« فأس حرب » .

وهذا العرض يكون عالي الدلالة في حالة :

١ - الفصام

التفكير الوسواسي

الانشغال الدائم الواعي بمجموعة من الأفكار غير المرغوب فيها
والتي لا يمكن استبعادها ؛

فيقرر طالب مريض بالوسواس القهري أن أفكاراً بايذاء أبيه وأمه
تراوده دائماً على الرغم من محاولته الواعية الدائمة بإبعادها . وتعمل
هذه الأفكار على إيقافه عدة ساعات كل ليلة وتجده نهاراً .
ويكون هذا العرض مؤكداً للدلالة في حالة :

١ - عصاب الوسواس - القهري (عند استبعاد الذهان وعندما
يصاحبه القهر) .

ويكون العرض عالي الدلالة في حالة :

١ - الاضطرابات العصابية ، وخاصة عصاب الوسواس - القهري
(عند استبعاد الذهان وعندما لا يصاحبه القهر) .

وعرض منخفض الدلالة في حالة :

١ - الاضطرابات الذهانية .

الزمان

مداومة النطق بكلمة او بمبارة او القيام بحركة او الاستمرار على وضع مع عدم القدرة على تغييره .

مرضى متقدم فى السن يعانى من تصلب فى الشرايين يجب على كل سؤال يوجه اليه « حسنا انه سيقضى على » .

والزمان عرض على الدلالة فى حالة :

١ - مجموعة أعراض إصابة المخ العضوية المزمنة .

وعرض منخفض الدلالة فى حالة :

١ - الفصام ، وخاصة الفصام الكتانونى (عند استبعاد مجموعة

أعراض إصابة المخ العضوية المزمنة)

الخوف

الخوف الشديد الدائم من بعض الأشياء أو المواقف . كما أن هذا

الخوف لا يقوم على منطق مقبول .

فقد انتاب ولدا صغيرا فجأة خوف من الحصان ، حتى انه كان

لا يرغب فى الخروج من المنزل . علما بأن هذا الولد لم يتعرض لابتداء من

حصان ، كما انه لم ير حصانا يؤذى احدا .

وهذا العرض على الدلالة فى حالة :

١ الاضطرابات العصابية (عند استبعاد الذهان) ، وخاصة عصاب

الخوف (عندما تكون المخاوف هى العرض الرئيسى) .

وعرض منخفض الدلالة فى حالة :

١ - مجموعة أعراض إصابة المخ العضوية المزمنة .

٢ - الاضطرابات الدهانوية (عند استبعاد مجموعة أعراض إصابة

المخ العضوية المزمنة) .

فقدان اختبار الواقع

عدم القدرة على ادراك وتقييم الأحداث والمواقف .
رجل يعاني من اضطراب ذهاني ويظهر هلاوس ، وهذات . ولا
يستطيع اختبار واقع ادراكاته الخاطئة وتفكيره غير الواقعي . ويعتمد
في هلاوسه وهذاته .
وفقدان اختبار الواقع عرض مؤكد الدلالة في حالة :
١ - الاضطرابات الذهانية .

بطء التفكير

حيث يبدأ التفكير ويتقدم ببطء . وغالبا ما يقرر المريض بأن أفكاره
تأتي ببطء أو أنه يجد صعوبة في التفكير .
وهذا العرض عالي الدلالة في حالة :
١ - الميلانيكوليا الانتكاسية .
٢ - الهوس الاكتئابي ، النوع الاكتئابي .
٣ - رد الفعل الاكتئابي ، الذهاني (عندما يوجد الهان مع عدم
ملاحظة امراض فصام أو اضطرابات أصابة المخ المزمنة) .
ويكون عرضا منخفض الدلالة في حالة
١ - الفصام (عندما يوجد الهان)
٢ - العصاب الاكتئابي (عند استبعاد الهان)

الهمول

انعدام حساسية الفرد ، وعلى ذلك تقلل استجابته أو تنعدم
للمثيرات التي تحيط به .

الحقت سيدة متقلعة في السن تعاني من اكتئاب ذهاني بمستشفى للصحة النفسية ، بعد ان حاولت حرق نفسها . فجلست ساكنة لا تأكل ولا تهتم بما يحيط بها ، وكان على ادارة المستشفى ان تقوم باطعامها بالسوائل من طريق أنبوبة في الانف وان تقوم بتنظيفها وتغيير ملابسها .

والذهول مرض عالي الدلالة في حالة :

١ - مجموعة امراض اصابة المخ العضوية (عندما لا يوجد اعراض فصام) .

٢ - الفصام الكتانوني (عندما يوجد ذهان وكتانونيا) .

٣ - رد الفعل الاكتئابي الذهاني .

وهذه الاعراض التي تناولناها تمثل ما يمكن ملاحظته وقياسه من خلال سلوك الفرد . الا ان هناك امراضا اخرى يلزم لها اساليب غير الملاحظة والقياس النفسي ، فهي ايضا مظهر لاضطرابات في الجهاز العصبي المركزي التي تتم فيه العمليات السلوكية . فاضطراب الجهاز العصبي يؤدي الى تغير الموجات العصبية التي يسجلها رسام المخ ، ويؤدي الى خلل في افراز الهرمونات ، وإلى اضطرابات في الدورة الدموية والتنفس والتمثيل الغذائي ، وكذلك الى اضطرابات في عمليات الهضم والاخراج وغيرها من عمليات يقوم بها الجهاز العصبي . وبهذا يمكن ان نجد في كل هذه الابعاد وما تتضمنه من عمليات كيميائية وفسيولوجية متغيرات تفيد في التشخيص والعلاج .

(٣ م - الطب النفسي)

تقيم الاضطرابات النفسية

بعد ان تناولنا العديد من اعراض الاضطرابات النفسية التي تذكرها مؤلفات الطب النفسى ، نتناول هنا مشكلة تصنيف هذه الاعراض في مجموعات من الاعراض يتميز بعضها عن البعض مما يساعد في عملية التشخيص وعمليات البحث والدراسة . هذا على الرغم من أن الإحصائى يجب الا يقتصر في تشخيصه على ذكر مجموعة الاعراض فقط ، بل يجب عليه ان يمتدداها الى ذكر مشكلات المريض ومصادرها والأساليب التى يحاول ان يواجه بها هذه المشكلات والاضطراب الذى تحدثه . فمن الجدير بالذكر أن العديد من الاضطرابات النفسية لا ينطبق عليها صورة الأمراض ، بل هى اساليب يتبناها الفرد محاولة منه لمواجهة مشكلاته . وبهذا فليس من الاهمية وضع الاعراض في نظام تصنيف ، بل يجدر بنا فهم المريض في ضوء خبراته ودوافعه واهدافه والصعوبات التى تكون قد واجهته في محاولاته لاشباع حاجاته الاساسية .

فليس هناك امراض ، بل هناك افراد مرضى فقط .

ولقد تمت محاولات لتقسيم الاضطرابات النفسية اتخذت أسسا مختلفة لها ، فالبعض اقام تقسيمه على اسس نفسية ، والبعض اتخذ اسسا فسيولوجية ، والبعض الآخر اتخذ الاسباب كأساس للتقسيم ، وذهبت محاولات أخرى الى اتخاذ الاعراض كأساس للتقسيم . غير انه غالبا ما يقوم التقسيم على اساس او أكثر من هذه الأسس .

أولا : التقسيم الذى يقوم على انفس نفسية

فى هذا التقسم يتم تقسيم الاضطرابات النفسية على اساس من علم النفس الاكاديمى . فقد ذهب ارنولد سنة ١٧٨٢ الى وضع تقسيمين

رئيسيين . فهناك اضطرابات في الإدراك والتخيل واضطرابات في التصور .
وقام برتشارد بتقسيم الجنون سنة ١٨٢٢ الى جنون أخلاقي وجنون
عقلي . ويذهب هينروث الى القول بأن هناك اضطرابات الفهم واضطرابات
الإرادة واضطرابات الاستعدادات كما أن هناك خليطا من هذه الاضطرابات .
وقال بوكسل وتوك بوجود قسمين رئيسيين ، أحدهما عقلي والآخر وجداني .
ويتقسم الجانب الوجداني الى العواطف الأخلاقية والاستعدادات
الحيوانية . كما ذهب زيبن الى تقسيم الاضطرابات النفسية الى
اضطرابات لا يصاحبها تخلف عقلي وأخرى يصاحبها تخلف . وتقسيم
الاضطرابات التي لا يصاحبها تخلف عقلي بدورها الى اضطرابات وجدانية
وأخرى عقلية ، بينما تنقسم الاضطرابات التي يصاحبها تخلف عقلي الى
اضطرابات ولادية وأخرى مكتسبة .

ويؤخذ على هذا التقسيم أنه يقوم على الحدس البعيد عن مجال
السيكوباتولوجي ومحاولة وضع عدد من الاضطرابات في تصنيف نفسي
واحد ، بينما يمكن وضعها في عدة أقسام .

ثانيا : التقسيم الذي يقوم على أسس فسيولوجية

ومن عيوب هذا التقسيم أننا لا نعرف الا القليل عن فسيولوجية
العمليات النفسية المرضية وغير المرضية . كما أن هذا التقسيم يقوم
على فروض لتحديد مراكز في المخ لم تثبت بعد . فمن هذه الفروض ما
ذهب اليه كوتلي من القول بأن كل صور الاضطراب النفسي تتوقف على
أحدى حالات ثلاث للجهاز العصبي : حالة زيادة الاثارة أو قلة الاثارة أو
حالة عدم توازنها . كما كتب لايبكوك عن اضطرابات في مراكز المخ ترتبط

بالوجدان والعواطف ، واضطرابات ترتبط بعناصر الجس في المخيم
والنصفين الكرويين ، ولكنه أكد بصيغة خاصة على التأثير المتبادل بين
الجسم والنفس . ووضع توك سنة ١٨٨٢ تصنيفه على أساس تقسيم
المخ الى مراكز للحس والحركة والفكر مع ما يقابلها من مظاهر الاضطراب
من هلاوس ، وشلل وخبل .

ويتوقف ما وضعه ماينرت سنة ١٨٨٤ من تصنيف على افتراضات
فسيولوجية . فهناك :

- ١ - اضطرابات تنشأ من تغيرات تشريحية .
- ٢ - اضطرابات نتيجة للتقليدية تشمل :

- (أ) اضطرابات نتيجة اثاره القشرة المخية تظهر في الهوس
والميلانكوليا .
- (ب) اضطرابات نتيجة اثاره منقطة تحت القشرة وتظهر في
الهذات والهلاوس .
- (ج) اضطرابات في المراكز الدمية لمنطقة تحت القشرة وتظهر في
الصرع .
- ٣ - اضطرابات نتيجة التسمم .

ولقد وضع ورنيك عدة افتراضات فسيولوجية واتخذها
أساساً لتصنيفه ، كما استفاد من مبدأ الطاقات العصبية الخاصة ،
فافترض أن كل مضمون في الشعور يتوقف على مجموعة محددة من
العناصر العصبية . واتخذ عملية فقدان الكلام كمثال للمعاملات العقلية
عامة ، والتي تتكون في رأيه من سلسلة تتضمن عناصر نفسحية
ونفسحركية .

وفي الاضطرابات النفسية يحدث الاضطراب في اى موضع ، كما ان وظيفة اى عنصر قد تزداد او تنقص ، ويعتقد ورنيك في وجود مراكز للذاكرة . وان الهلاوس تحدث عند اثارة مراكز الذاكرة وتنتقل عندئذ الى خلايا الادراك . ولكن لم يثبت صحة ماذهب اليه ورنيك سواء في استخدامه لمبدأ الطاقات المصبية الخاصة او نظريته في وجود مراكز الذاكرة .

ثالثا : التقسيم الذى يقوم على اسباب المرض

من عيوب هذا التقسيم تعدد الاسباب وعدم معرفة الكثير منها . كما ان السبب الواحد قد يؤدي الى صور اكلينيكية متعددة . ولقد كان جاكوبى اول من استخدم هذه الطريقة ، ففي سنة ١٨٣٠ أعلن ان الجنون ينشأ نتيجة لمرض في الجسم . ولقد ذكر مورال سنة ١٨٦٠ ان هناك الجنون الوراثى والاولى غير المسبب والتسمى والسُمبثاوى ، والجنون الذى ينشأ من انتقال الامراض . وذهب اسكاى الى ابعث من ذلك ، فتضمن تصنيفه اضطرابا نفسيا لكل اضطراب جسمى . كما ذهب كلوستن الى ماذهب اليه اسكاى فذكر عددا من الاضطرابات النفسية التى تقابل امراضا جسمية كالانيميا والسكر وغيرها . وقام توك بوضع تقسيم يذكر فيه كل الاضطرابات النفسية التى ترتبط بالاضطرابات العضوية المعروفة : ووضع كل الاضطرابات الاخرى في مجموعة ترجع الى اضطراب الجهاز التناسلى . ونظرية توك هذه لا تعدو اكثر من نظرية تقوم على الصدفة .

رابعا : التقسيم الذى يقوم على اعراض المرض

يعتبر كرابلن الرائد البارز لهذه الطريقة من التقسيم ، فقد توصل

الى استنتاجات قيمة بها . ومع هذا فطريقته تتخذالاسباب ايضا اساسا لها . وطريقة التقسيم الذى يقوم على الاعراض طريقة تحت على الملاحظة ، ولهذا ينصح باستخدامها لانها ستؤدى الى نتائج ذات دلالة . كما انها تتضمن الاسس التى تقوم عليها الطرق الاخرى دون ان تقع فى اخطائها . ومن الطبيعى انه لا يوجد فى هذه الطريقة حدود جامدة ، وان المرض يمكن ان يظهر فى عدة مجموعات من الاعراض . ولكن ظهور عرض معين فى عدد كبير من الحالات ، يكون مبررا ، كما قال جربسنجر ، لوضع تقسيم معين . واذا ذهبنا ابعد من ذلك - مع هذا ليس بالامر السهل - فاخدنا نظرة عرضية واخرى طولية ، حيث نأخذ فى الاعتبار نشأة وتطور المرض فى اطار الاعراض ، فاننا نحصل على اساس شامل للتقسيم . وجدير بالذكر ان تشير الى الفرق الذى كان كالوم اول من به اليه ، بين الاساس الذى يكمن وراء المرض ومجموعة الاعراض التى يكشف عنها . وطريقة الملاحظة التى نصحنها باستخدامها تساعد فى توضيح هذا الفرق ، وتسمح لنا بالحديث عن نوبات فى مسار الاضطراب كالاغراض الهستيرية فى اللذان الفصامى وفترات من الاكتئاب فى مسار الشلل العام . وهذا الفرق الذى قال به كالوم قد نظر اليه حديثا نظرة بعيدة ، حيث اعتبر الاضطراب النفسى ، تعبيرا عن استعداد فطرى اساسي .

ولقد كان كرايلن اول من وضع تقسيما منظما يقوم على الاعراض مع اخذ مسار ونتيجة الانماط المختلفة للاضطراب فى الاعتبار . ولقد توصل الى هذا بمتابعة الاضطراب على مدى فترة طويلة من الزمن . ولكن تقسيم كرايلن له عيوبه . ويرجع هذا جزئيا الى اتباعه ما ذهب اليه فونت فى تقسيمه للوظائف النفسية الى انفعال وتفكير واردة .

فوضع كرايلن مفهوماته التي تقابلها من الكتاب وتأخر في التفكير وتأخر في الحركة والمفاهيم المضادة من مرجح وتطابق في الافكار ونشاط زائد في الحركة .

والحقيقة ان المحاولات التي قد بدلت لتقسيم الاضطرابات النفسية لم تكن مقنعة ، وعلى ذلك فالتشخيص الذي يقوم على اساسها ، تشخيص لا يقوم على اساس ثابت . ولكن كما سبق ان ذكرنا ، فالتشخيص بتحديد نمط الاضطراب الذي يعاني منه المريض ليس بالامر الهام في حد ذاته . فهناك امور لها اهميتها من فهم الاضطراب ، وفهم المريض الذي يعاني من هذا الاضطراب ، معرفة الظروف التي ينشأ فيها الاضطراب ، وعلاقة الاضطراب بظروف المريض العادية ، وما يعنيه الاضطراب وفهم المشاكل التي يعاني منها المريض وما يمكن عمله لمساعدته لتحقيق النتائج المرجوب فيها .

على اننا نفضل الأخذ بالتقسيم الذي وضعته منظمة الصحة العالمية والذي اجتمعت عديد من الدول لدراسته وأقراره ليكون لغة علمية مشتركة بينها . كما ان تقسيما اشتركت في وضعه عديد من الدول لابد ان يكون من الشمول بحيث يناسب المئات المحلية المختلفة . وسنستخذله اساسا في تناولنا للاضطرابات النفسية .

فحص الحالات

ليس الفحص بالامر السهل ، فلا بد أن نبذل عدة محاولات للحصول على سجل كامل ليتمكن من خلالها تسجيل المعلومات التي تساعد في وضع التقرير النهائي . فرغم ان السجل الوصفي للسلوك وللأعراض يكون ذا أهمية ، فانه لا يكون ذا قيمة الا اذا تضمن معلومات عن المواقف التي تحدث فيها الأعراض والأسباب التي تؤدي الى تلك الأعراض .

وقبل ان نتناول الابعاد المختلفة للفحص الطبقي نعرض لعدة نقاط عامة يجب ان نأخذها في الاعتبار عند اجراء الفحص .

- ١ - أن يكون السجل بلغة يسهل فهمها .
- ٢ - الا نكتفى بمصدر واحد لجمع المعلومات بل نحصل على معلومات عن المريض من عدة أقارب واصدقاء .
- ٣ - أن نأخذ في الاعتبار أننا نتعامل مع مريض يعاني من اضطراب نفسي ، وظينا ان نسم بالصبر والحصافة والمطف .
- ٤ - أن نشعر المريض بأننا نبذل جهدا لمساعدته ، وأن نصارحه بحالته عند شرحها له .
- ٥ - اذا سأل المريض عن أتى به الى العيادة او المستشفى وعن سبب مجيئه الخ يجب ان نجيب على الاسئلة في حينها .
- ٦ - يجب ان نخبر المريض بأن كل الحقائق ستفحص بعناية .
- ٧ - يحدث غالبا ان يكون المريض أكثر رغبة في عرض اضطراباته في المقابلة الأولى عما يحدث في المقابلات التي تتم فيما بعد . وهنا يجب ان تستغل هذه المقابلة في الحصول على سجل كامل كلما أمكن ذلك . فالمفحص الكامل المنظم يجب أن يتم مبكرا كلما أمكن ذلك .

- ٨ - يجب أن نلتزم بخطة واضحة منظمة شاملة للفحص حتى نصل الى التشخيص المناسب ، وهذه الخطة يمكن أن تتضمن الابعاد التالية :
- ٢ - البيانات العامة .
 - ٣ - المشكلة .
 - ٤ - تاريخ المرض الحالي .
 - ٥ - التاريخ الأسرى .
 - ٦ - التاريخ الشخصى .
 - ٧ - فحص المريض جسديا ونفسيا .

اولا - البيانات العامة

يبدأ الفحص بتسجيل بيانات عن السن والجنس والحالة الاجتماعية والهيئية كما يجب الحصول أيضا على العنوان ووسيلة الاتصال بالمريض . وتتضمن البيانات العامة أيضًا الجهة التي قامت بتحويل المريض او الطبيب الذى قام بتحويله .

ثانيا - المشكلة

حيث نحصل على بيان من المريض عن شكواه ويحسن تسجيل هذا البيان بلغة المريض .

ثالثا - تاريخ المرض الحالي

وهنا نحصل على بيان تفصيلي عن المرض ، فتسجل بداية المرض بدقة كلما أمكن ذلك ، ثم نحاول الحصول على معلومات عن العوامل الجسمية منها والنفسية ، مع اعتبار أن المرض يكون حصيلة العوامل الرئيسية والعوامل المسببة مع الاستعداد الناتج عن تائيم الوراثة والمؤثرات البيئية على مدى تاريخ الفرد . والحصول على وصف حقيقى لسلوك المريض ، وكيف يواجه مشاكله واجهاته نحو أقاربه وإصدقائه ،

وعند اذا كان هناك تغيير في مزاجه ووجود افكار غريبة او هذات او شكوك او اهتمامات غير عادية . ونشير الى انه يجب الاكتفى بتسجيل عبارة ان المريض يهذى ويهلوس ، ولكن ما يفيد هنا هو الحصول على وصف حقيقى للهذات والهلاوس واستجابة المريض لها . ويجب ان نستفسر عن الذاكرة والتكوين العقلى عامة . بالاضافة الى ذلك علينا ان نوضح ما اذا كان هناك استعدادات انتحارية . او استعدادات للقتل . وما اذا كان هناك اضطرابات جسيمة تظهر فى الارق او اضطرابات الشهية ونقص الوزن والامساك او الاسهال .

وعلىنا ان تكشف ايضا عن اتجاه المريض نحو المرض من حيث ان المريض يبدو راضيا لاعراضه ليحقق كسبا انفعاليا من مرضه . ويجب ان نستفسر عن الامراض الماثلة وعن الدواء الذى اعطى لعلاج المترق الحال ، وعن اولئك الذين قاموا بالعلاج حتى يمكن الحصول على معلومات اضافية منهم كما يمكن تقييم ما اعطى من علاج .

رابعا - التاريخ الاخرى

يهدف التاريخ الاخرى الى جمع بيانات عن العوامل الوراثية والاقتصادية والاجتماعية التى تعرض لها المريض مما يكون له اثره على شخصيته وما ينتابها من اضطرابات .

فيبان عن الامراض التى اصاب بها افراد الاسرة وعن وجود حالات من الاضطرابات النفسية ، وعن حالات ادمان وانحراف ، قد يكشف عن اثر الوراثة فيما انتاب المريض من اضطرابات .

ودراسة شخصية الوالدين والاخوة قد توضح بالاضافة الى مالها من دلالة وراثية ، اسلوب التنشئة التى تعرض لها المريض فى مرحلة

نموه ، وما يسود الأسرة من جو انفعالي وعلاقات بين أفرادها . ويجب توضيح الاتجاهات التي تسود الأسرة فهذه الاتجاهات تبين عادات الأسر وصراعاتها وما يسودها من جو انفعالي ، كما توضح أيضا أسلوب التنشئة الذي تعرض له المريض .

كما نسجل هنا أيضا بيانات عن الوضع الاقتصادي والاجتماعي للأسرة ، وعن نشأة المريض مع الوالدين معا أو نشأته مع أحدهما بسبب الموت أو الانفصال . فهذه أيضا بيانات لها دلالاتها في شخصية المريض وما قد ينتابها من اضطرابات .

خامسا - التاريخ الشخصي

يمكن أن نأخذ التاريخ الشخصي للمريض على أنه سجل عن نمو المريض وعلى ذلك تقوم بدراسته في مراحل تبدأ بفترة الحضنة ثم الطفولة والمراهقة ثم مرحلة النضج .

مرحلة الحضنة : حيث أن كثيرا من بيانات هذه المرحلة لا تقع في مجال تذكر المريض فأننا نلجأ الى أفراد الأسرة الآخرين أو غيرهم ممن لهم صلة به . فعلى ما نعرف ما إذا كان الطفل مرغوبا فيه أم لا . وماذا كانت توقعات الوالدين فيما يتعلق بجنسه ، فاذا ولد بـعجز جسمي أو لم يحقق توقعات الأسرة فإن استجابة الوالدين تكون ذات أهمية . ويجب أن نحصل على بيانات عن سن الجلوس والمشي والكلام وضبط عمليات التبرز والتبول . فهذه البيانات تدل على نضج وظائف الجهاز العصبي . ولعلنا أن نبين استجابة الأم للتأخر في هذه الأمور وفشل الطفل في أن يحقق معتقداتها فيما يتعلق بتلك الأنشطة . كما يمكن أن نشير هنا الى بيانات هامة تتعلق

بسلوك تناول الطعام والنوم واللعب واستلوب الوالدين في المشاركة فيها .

مرحلة الطفولة : يمكن ان تتضح في هذه المرحلة اتجاهات المريض في علاقاته مع الآخرين ، حيث يظهر هنا التعبير عن سمات الفرد الشخصية ، كالعطف والثقة فيه والكلام والنشاط والخجل والمثابرة والانطواء والخوف والتشكك والانانية والعدوان ويظهر هذا كله في لعب الطفل ومشاركته مع الآخرين .

وبيانات عن ذكريات واحلام المريض في سنوات عمره الاولى تنبئ فرصة لبيانات ذات قيمة فيما يتعلق بحياته الخيالية الداخلية والانفعالية . ويجب الكشف عن محاولات المريض الاولى للتعبير عن الذات وتحقيقها ، وكذلك بيان اتجاهات الوالدين واستجاباتهما نحو تلك الاحداث . ويجب تقييم استجابة المريض نحو الانفصال عن الوالدين . ونوضح هنا ايضا اسلوب الوالدين في النظام واستجابة المريض لها بالخوف أو الخجل أو الاحساس بالذنب . واذا كان هناك احساس بالنقص فيجب الكشف عنها . كما يجب تسجيل ما قد يكون هناك من اساليب التعمييض ، وما يكون هناك من تعبيرات عن الكراهية والغضب والعدوان واهدافها الرئيسية ، وكذلك وسائل مواجهة الضغوط التي يتعرض لها . كما نسجل ما قد يكون هناك من اضطرابات كاضطراب الكلام والتبول اللاارادى والجولان النومي والمخاوف .

وحيث ان التعليم يبدأ في الطفولة فيجب ان نعرف سن الالتحاق والانتهاء من المدرسة وعدد مرات الرسوب أو أى دليل عن القدرات غير العادية ، واتجاهات الطفل نحو مدرسيه وزملائه . ويجب هنا ايضا تسجيل ما تعرض له المريض في طفولته من امراض ومددها ومضاعفاتها (م ٤ - الطب النفسي)

وما تركته من آثار حيث تكشف هذه الدراسة عن أصل أهم أوجه العجز
وسماتها فيما بعد .

مرحلة المراهقة : لهذه المرحلة خصائصها وفيها يظهر كثير من
الضغوط التي يتعرض لها الفرد في السنوات المبكرة من النمو . ويجب
الكشف عن استجابات المريض نحو عملية البلوغ والعلاقات بالآخرين
والتعليم . كما يجب ملاحظة اهتماماته الجنسية ، واستجاباته لما يصدر
من زملائه من اهتمامات . ومن الأمور الهامة هنا تلك التي تتعلق
باستجابة الوالدين لرغبة طفلهم في استطلاع الأمور الجنسية والإحساس
بالذنب فيما يتعلق بعملية الاستمناء ، والجنسية الغيرية أو المثلية وفي
النمو الجنسي . وحيث أن المراهقة فترة تظهر فيها الرغبة في تحقيق
الذات والاستقلال ، فإنه يجب الكشف عن طبيعة الصداقات التي كان
يتونها المريض ومدى مشاركته في أنشطة جماعة المراهقة ، ومصادر
تقمص المبادئ التي يتبناها ، واتجاهاته نحو السلطة .

مرحلة النضج : وحيث أن هذه المرحلة تأتي بالرغبة في الزواج
وتربية الأطفال والتوافق المهني ومشاكل إقامة علاقات فعالة مع أولئك
الذين يشغلون السلطة ومع الزملاء ، وكذلك إقامة علاقات اجتماعية فإن
التاريخ الشخصي يجب أن يتضمن بيانات تتعلق بهذه الأمور . وبالنسبة
للتوافق الأسري فيجب أن يتضمن التاريخ الشخصي بيانات عن التوافق
الجنسي ، وتربية الأطفال وميزانية الأسرة والاتجاهات نحو تنظيم النسل،
والإجهاض . وإذا كان هناك طلاق فيجب الاستفسار عن أسبابه . وإذا
كان المريض قد فشل في الزواج فيجب البحث في استمرار اعتماد المريض
على والده أو في وجود اتجاه للجنسية المثلية أو اتجاه الكراهية نحو
الجنس الآخر .

وفيما يتعلق بالتوافق المهني فإن المجالات ذات الدلالة تكمن في الاستفسار عن الدوافع التي دفعت المريض الى اختيار مهنته ، وانتاجيته والاستمرار فيها والعلاقات القائمة بينه وبين زملائه في العمل . وقدرة المريض على تقبل تعليمات السلطة او رفضها تدل الى حد ما على مستوى نضج المريض الانفعالي . ويجب ان نبحت بدقة استجابته الانفعالية نحو ترقيته او ترقية زملائه . ويلزم هنا دراسة المهن المختلفة التي التحق بها ، والمواقع التي شغلها والاجور التي حصل عليها ، واسباب تغييرها ، والاتجاه نحو العمل والرضي به ، وعادات صرف وادخار النقود وعما اذا كانت اهدافه في الحياة قد تحققت .

مرحلة النضج المتأخرة : ان السنوات المتأخرة من الحياة لها مشاكلها الخاصة بها . وهنا يجب ان نسال عن مرحلة الياس والاستقلال والانفصال عن الاولاد ، والتقاعد عن العمل ، وعلينا ان نعرف نشأة أى اهتمامات خاصة ، او أى اساليب ترويح او أنشطة اجتماعية ، وما تحدثمن اشباع او ضغوط مما يبين طبيعة تفاعل شخصية المريض .

ويجب معرفة ما اذا كان المريض يتعاطى الكحول او أى عقاقير لازالة التوتر . وكذلك الكشف عن اهتمام المريض الدينى ومزاويلته ، والاشباع الذى يحدثه له . وغالبا ما يفيد ان نحصل على وصف للأنشطة التي يقوم بها المريض خلال اربع وعشرين ساعة . وعلينا أيضا ان نستفسر عن احلامه وخططه للمستقبل ، فهذه البيانات تدل على مستوى طموحه ومثله ودوافعه .

وعلى أساس تاريخ النمو يمكن ان نصل الى تقدير للتوافق الاجتماعى للمريض ، ونشاطه العام ، وسمات شخصيته . فمن حيث التوافق الاجتماعى ، لابد ان نوضح ما اذا كانت علاقة المريض بالآخرين

علاقة مشبعة له أم لا . وإذا كانت العلاقة غير مشبعة فلماذا ؟ . وهل اتجاهاته نحو الآخرين اتجاهات المحبة أم الكراهية ؟ . وهل يتمتع المريض بدرجة من العطف والاحترام من الآخرين مما يؤدي الى الاحساس بالأمن واحترام الذات ؟ .

وحيث ان العلاقات بالآخرين بما تتضمنه من اتجاهات ايجابية وسلبية قد يكون لها دلالتها الكبيرة ، فانه يجب الاستفسار عن أى اتجاهات خاصة نحو الوالدين والاخوة أو الآخرين ممن يكون لهم صلة بالمريض .

ومن حيث نشاطه العام نوضح اهتمامات المريض وأنشطته وما قد يكون هناك من اهتمام شديد بنوع معين من الأنشطة .

وفيما يتعلق بسمات شخصية المريض فيجب أن نحصل على بيانات عن ثباته الانفعالي ، ومرحه أو اكتابه . وتفاؤله وتشاؤمه ، وجراته أو خجله ، وثقته وحرصه واعتماده على النفس أو توكله ، وانبساطه أو انطوائه وصراحته أو كتمانته ، وثرثرته أو صمته . وسيطرته أو خضوعه ، وكرمه أو بخله . وكذلك نوضح مدى سعيه للحصول على دعم الآخرين واعترافهم به . ونبين أيضا كيفية تعبيره عن العدوان ، وارتياحه أو عدم ارتياحه في وجود القرباء . ونوضح أيضا سمات شخصيته من حيث تشككه واستياؤه ولوم الآخرين ، ومن حيث عناده وحقدده وقسوته وحساسيته واستثارته وجموده ، وتقبله لتحمل المسؤولية ، واتجاهه نحو السلطة والأساليب مواجهته للضغوط والفشل . وهنا أيضا تكشف عن استجابات المريض نحو المواقف الجديدة والأساليب التى يستخدمها عادة فى إزالة توتره . ويجب أيضا توضيح اتجاه المريض

نحو ذاته ، وكذلك أهدافه وطموحه . ويجب الاهتمام بالمجالات التي يحدث فيها اشباع للمريض . فنبين مدى اشباع الحاجة الى العطف والامن وتحقيق الذات . وعلينا ايضا تحديد المواقف التي احدثت التوتر الانفعالي والضغط الاقتصادي او الاجتماعى . ويجب ان نشجع المريض ويعبر بحرية عما يرتبط فى ذهنه من مواقف ذات دلالة فى حياته ونبين احساساته نحوها .

سادسا : الفحص

يتضمن هذا الفحص ، الفحص الطبى للجسم بأبعاده المختلفة ، وكذلك الفحوص النفسية للأبعاد السلوكية من عقلية وانفعالية ودافعية . وسنمعرض هنا للأطار الذى يمكن ان يتم فيه كل من الفحص الجسمى والنفسى مما يساعد مع خطوات الفحص السابقة فى عملية تشخيص لاضطراب والتنبؤ بمساره .

الفحص الجسمي

يتميز الاضطراب النفسي دائما بتغيرات تشمل كل أجزاء جسم الفرد . وهنا يلزم فحص الجهاز الدوري ، والجهاز التنفسي والجهاز الهضمي ووظائف الاخراج ، والافرازات ، وكذلك محتوى الدم من البروتين والدهون والكربرهيدرات ، وبالإضافة الى ذلك يجب قياس درجة الحرارة بانتظام ، حيث ان بعض الاضطرابات النفسية يصاحبها ارتفاع في درجة الحرارة ، كما يجب ملاحظة عملية التبول والتبرز بانتظام ، حيث ان اضطرابها قد لا يرجع الى اضطراب في اجهزة اخراجها ولكن قد يرجع ايضا الى هذات المريض او عناده .

ويجب تحليل عينات من الدم بانتظام ، فهذا التحليل قد يكشف عن بعض الاضطرابات فزيادة خلايا الازيتوفيل تظهر في حالات الشلل المتقدم كما يحدث زيادة في كرات الدم البيضاء قبل وبعد نوبات الصرع . واضطرابات أخرى كزيادة الثوركسين ، وانخفاض وظيفة الادرينالين واضطرابات وظائف الغدد التناسلية غالبا تتكشف من الفحص الجسمي الدقيق للمريض الذي يعاني من الاضطراب النفسي .

ومن الضروري ملاحظة البناء الجسمي للمريض ، فهناك تكوينات جسيمة شاذة النمو كالطفلية والمعلقة والقرمية ، ووجود علامات الذكورة على النساء وعلامات الأنوثة على الرجال ، حيث ان لهذه الاضطرابات دلالات سلوكية هامة . ويجب أيضا فحص الجلد بدقة من حيث لونه وتوتره وطبقة الدهن تحت الجلد ، وما قد يوجد به من بثرات وزوائد ودمايل .. الخ . فلهذا أيضا دلالة . ومن الجدير بالدراسة أيضا فحص السائل المخي الشوكي ، فالسائل العادي يكون شفافا وعتيم

اللون ، وقلوبا قليلا في تفاعله وكثافته ما بين ١٠٠٢ و ١٠٠٧ . وعند الخلايا في المليتر من السائل ما بين خلية وخمس خلايا . وتزداد هذه الخلايا الى ثمانين او مائة او يزيد في المليتر في حالات امراض الالتهاب في المخ والأغشية السحائية . ويكشف في السائل المخى الشوكى عن البروتين الذى يكون في العادة ما بين ٢ و ٣ مليجرام في المليتر . وزيادة محتوى البروتين يدل على امراض كالشلل المتقدم والالتهابات السحائية وأورام المخ . وندرس هنا أيضا نسبة الالبومين الى الجلوبيولين التى تتغير في عمليات مرضية مختلفة .

والفحص العصبى من الفحوص الجسمية الضرورية ، حيث ان الاضطرابات النفسية قد تتضمن اعراضا عصبية من نوع أو آخر . واكثر الاضطرابات العصبية أهمية هي تلك التى تحدث في الاعصاب الدماغية وخاصة العصب البصرى . ففي بعض الاضطرابات النفسية لا يتغير انسان العين في الحجم فقط ، حيث يضيق في خبل الشيخوخة ، وزهري المخ ، ويتسع في تسمم الاثروبين وحالات القلق والخوف ، ولكن يفقد انسان العين أيضا مرونته ، كما يفقد انسانا العينين تساوبهما .

ونلاحظ غالبا في حالات الالتهاب السحائى خاصة الوبائى منه ، اعراض كارتخاء الجفن العلوى للعين ، والحول وعدم حركة مقلة العين ، وقلة رمشها . وهناك مجموعة من الاعراض يكشف عنها فحص قاع العين ، كالقرص المختنق والتهاب العصب البصرى أو ضموره . ومن الأهمية هنا فحص حدة الانصار والمجال البصرى وتمييز الألوان ، وفي حالة الاضطرابات العضوية الواضحة في المخ قد يحدث العمى في نصف المجال البصرى ، أو في جزء منه .

وخلل عضلات الوجه يظهر في اضطراب التعبير أو في عدم القدرة على تحريك الوجه كلية .

وعند فحص أعصاب المخ يجب ملاحظة أى عدم تماثل وجهى ، كجذب أحد جانبي الفم الى الجانب الآخر ، وانحراف اللسان عن خط الوسط عند بروزه من الفم .

كما يجب هنا أيضا فحص الجهاز الدهليزى الذى يسبب الدوار والغثيان وزيادة حركة مقلة العين .
ومن الضروري ملاحظة اضطرابات حاسة الشم والتذوق .

وتزداد الانعكاسات الوترية ، كما تصبح غير منتظمة في حالة الاضطرابات الناتجة عن إصابة المخ العضوية . كما نلاحظ شديتها في حالة الاضطرابات الوظيفية للجهاز العصبى . ويجب أيضا فحص أعراض اضطراب المسار الهرمى أو ما يسمى بالانعكاسات الباثولوجية كعلامة بابينسكى .

وفي بعض الاضطرابات النفسية كالتخلف العقلى واضطراب الوعى يظهر انعكاسات القبض والمص والتى يمكن الكشف عنها بلمس راحة اليد والشفنتين . وتنشأ هذه الانعكاسات عادة من تأثير المسارات التى تربط بين أنوية النخاع المستطيل والقشرة المخية . ويجب أن نشير الى بعض الأعراض القشرية والسحائية التى تحدث في الانتهاب السحائى أو مع زيادة الضغط داخل المخ وخاصة تقلص العضلات البصرية واللقى، وتغيرات الأوعية الدموية في قاع العين ، وضهور العصب البصرى والعمى في نصف المجال البصرى أو في جزء منه والعمى الكلى .

واضطرابات الحس في الاضطرابات النفسية تتميز بتعدد:

صورها . فأمراض المخ العضوية قد تؤدي الى كل من زيادة الحساسية او قلتها ، تبعا للمستوى الذي يتأثر عنده المسار العصبي . واضطراب الاعصاب الطرفية تؤدي الى اعراض من قلة الحساسية والتخدير . وتركيز المرضي في عقد تحت القشرة ، في منطقة التلاموس يتميز باعراض من حدة الادراك للاحاساسات المختلفة من الم ، وبصر وسمع .

ومن الاضطرابات الوظيفية الجديرة بالذكر اضطرابات الكلام كتعسر النطق وفقدان الكلام الحسي وفقدان الكلام الحركي وفقدان الكلام . ومن الاهمية بمكان أن نشير الى أن معظم الاضطرابات النفسية تؤدي الى اضطرابات واضحة في الجهاز العصبي النمائي . غير أن بعض المرضي يظهرون اعراضا يسود فيها تأثير الجهاز العصبي الباراسمبثاوى بينما يظهر البعض الآخر اعراضا يسود فيها تأثير الجهاز العصبي السمبثاوى ، وتتحدا اعراض الاضطراب في الجهاز العصبي النمائي بما اذا كان الاضطراب يشمل الاجزاء الطرفية او المركزية من الجهاز العصبي وخاصة المراكز النماية في منطقة الهيبوتلاموس . ويلاحظ أن اعراض سيادة تأثير الجهاز العصبي الباراسمبثاوى تظهر نتيجة حقن مليلتر من محلول واحد في المائة من البيلوكاربين هيدروكلوريد تحت الجلد مما يؤدي الى زيادة سرعة النبض ، وزيادة افراز اللعاب والعرق . ويؤدي استخدام الضغط على مقلة العين الى بدء النبض في حالة المرضي الذين يسود لديهم تأثير الجهاز العصبي الباراسمبثاوى . وسيادة تأثير الجهاز العصبي السمبثاوى تتضح بحقن مليلتر من الادريالين المخفف بنسبة ١ : ١٠٠٠٠ مما يؤدي الى زيادة ضغط الدم وسرعة التنفس وزيادة النبض وزيادة عدد كرات الدم البيضاء ومحتوى الدم من السكر .

ومن الفحوص التي يمكن اجراؤها ، الفحص بأشعة x التي توضح

أى تغيرات تحدث فى عظام الجمجمة ، وكذلك الأورام التى قد توجد فى المخ . وهناك فحص متقدم بأشعة x يقوم على حقن الهواء فى لجوف الجمجمة ، وبهذا يمكن الكشف عن وجود أى تمددات فيها أو عدم انتظام أى ازاحة فى البطينات المخية .

وقد يكون لحقن الهواء فى الجمجمة أثر علاجى ، وخاصة فى الأطفال الذين يعانون من آثار التهابات سحائية . حيث يعمل الهواء على تمزيق الالتصاقات التى تكون قد تكونت ، فيزول بذلك الصداق والنوبات التى يعانى منها المريض .

وفى السنوات الأخيرة ، أصبح هناك اهتمام كبير برسم شرايين المخ الذى يقوم على أشعة x بعد حقن مادة عاكسة ، كمادة الثوريوم داباكسيد فى شرايين المسخ . ورسم الشرايين هذا يوضح التمددات المرضية فى الأوعية الدموية وكذلك أورام المخ . ومن الفحوص الشائعة رسم المخ الكهربائى . فالتيار العصبى الذى يمر فى الليفة العصبية ، يودى الى تغيرات فى الشحنة الكهربائية أو فى الجهد الفعال على سطحه . وهذا الجهد الفعال الذى يميز الموجة الكهربائية التى تمر خلال الليفة ، يمكن أن يساعد فى تحديد تقدير تقريبن لنشاط العصب . وفى القشرة المخية حيث يوجد عدد كبير من الخلايا العصبية تتفاعل فيما بينها ، يكون النشاط الكهربائى فى المخ عبارة عن مجموعة الفروق بين جهود النيرونات . وتتراوح كمية الكهرباء التى تنتشر على سطح القشرة المخية ، ما بين ١٠٠ الى ١٠٠٠ ميكروفولت .

وعند تسجيل تيارات القشرة المخية ، نجد صورتين أساسيتين من النشاط الكهربائى الصورة الفا والصورة بيتا . والصورة الفا تتكون

من مجموعات من الموجات المنتظمة بتردد من ٨ الى ١٣ ذبذبة في الثانية .
وتظهر صورة الموجات الفا بوضوح في المنطقة الجذابة والقذالية رتختفى
هذه الموجات بالمشير البصرى أو بتركيز الانتباه على شيء ما . والصورة
بيتا توجد اساسا في الأجزاء الامامية من المخ وبترددات ١٨ ، ٣٠ ، ٥٥
ذبذبة في الثانية .

والعمليات الباثولوجية في المخ تؤدي الى عدد من التغيرات في
تباراته الكهربائية حيث يظهر موجات سريعة أو موجات بطيئة بتردد
أربع أو خمس ذبذبات في الثانية ، ونلاحظ بدء تردد الموجات في حالة
استسقاء المخ ، وزيادة الضغط داخل الجمجمة والإغماء ، ونقص السكر
في الدم . وقد يحدث أيضا موجات ذات جهد عال في صورة قفم منعزلة
غير منتظمة من موجات دلتا البطيئة أو موجات فجائية تختلف في الطول
والتردد من ثلاث الى خمس وثلاثين أو يزيد من الذبذبات في الثانية .
وتفيد رسومات المخ الكهربائية لا في تحديد شدة العملية الباثولوجية فقط
ولكنها تفيد أيضا في تحديد موضعها كما تفيد في التشخيص الذى يفرق
بين الاضطرابات بعضها وبعض .

الفحص النفسى

يقوم هذا الفحص على مقابلات لها أبعاد محددة نحاول الكشف
عنها ، بما يتم فيها من ملاحظة وتساؤلات . كما يقوم الفحص أيضا على
استخدام أساليب القياس النفسى المختلفة من اختبارات للقدرات العقلية
وقوائم للشخصية وأساليب قياس اسقاطية ، وذلك لتأكيد ما نكون قد
توصلنا اليه عن طريق المقابلات من تشخيص لأبعاد سلوك المريض .

ونبدأ في المقابلة بدراسة المظهر العام واتجاه السلوك . وهنا نلاحظ

كيفية دخول المريض حجرة الكشف ، وكيفية مصافحته للموجودين .
كما نلاحظ وجه المريض والتوترات النفسحركية المختلفة التى تعبر عن
انفعالاته ، ونلاحظ ايضا اى علامات فسيولوجية عن القلق كبلل اليدين
او تصبب العرق من الجبهة او عدم الاستقرار او الوضع المتوتر والصوت
المنفعل او اتساع حدقة العين . ويجب كذلك ملاحظة اى شدوذ على
المظهر الجسمى للمريض، بما فى ذلك اى خصائص تربط بالجنس الآخر .
كما نلاحظ ملبسه ، فغالبا ما يكشف الملبس بعض سمات شخصية الفرد .
وعلىنا ان نلاحظ استجابة المريض للفحص من حيث تقبله او رفضه اياه،
فقد يكون لها دلالتها .

وبعد تسجيل تلك الملاحظات العامة ، يقوم الاخصائى بفحص المريض
فيما يتعلق بوظائف الشخصية التالية :

الوعى

ونلاحظ هنا الحالة الوظيفية للاحاساسات من حيث صفاؤها
او تليدها ومن حيث توقفها فى عملية الارتباك او الدهول او فقدان .

الانفعالية

ويستفسر عن الحالة الانفعالية بسؤال المريض عن
معنوياته ، وعندما يوضح المريض حالته الانفعالية يمكن ان نسأله عن
سبب احساساته هذه . ويمكن ملاحظة نوع الانفعال من حيث شدته
واستمراره فى تعبيرات وجه المريض وتوتر عضلاته ، وهناك بعض
الحالات تتميز بمكونات انفعالية مضطربة كالخوف وتوهم المرض وتوقع
الشر والقلق والياس وعدم الرضى والاستشارة والتشكك والفضب
والكراهية .

السمات التعبيرية للسلوك

فى هذا المجال من الفحص يلاحظ نشاط المريض العام مع الاهتمام

بالدوافع والاستعدادات والعادات التى تحدد هذا النشاط . فنلاحظ كلا من السلوك التلقائى وغير التلقائى للمريض، ومدى مطابقة هذا السلوك للواقع ، وما اذا كان المريض على استعداد لبذل الجهود او انه يتجنبه . كما نلاحظ ما اذا كان المريض زائد النشاط او انه بطىء ، وما اذا كان غير مستقر او مندفعا . ومن الاضطرابات التى يجب ملاحظتها الذهول والنعاد ، والرتابة والجمود واللزيمات والطاعة العمياء . وعلينبذ كذلك ان نوضح اى افعال قهرية ، او اى دليل عن الشخصية الوسوسة . واذا كان المريض يعانى من الاكتئاب فيجب معرفة ما اذا كان هناك دلائل على الانتحار .

التداعى وعمليات التفكير

وهنا نلاحظ توقيت التداعى وخصائص عمليات التفكير . فيجب ملاحظة اى سرعة غير عادية فى التداعى ، كتطايير الافكار ، وكذلك اى بطء فيها . ونلاحظ ايضا اى اضطراب فى التفكير من حيث الحشو العرضى، او عدم التناسق او التوقف او عدم الملاءمة او اللغة المستحدثة او المصاداة او الرتابة او الكلمات المختلطة .

مضمون التفكير والاتجاه العقلى

بلا حظ هنا ما اذا كان هناك اتجاه عقلى عام يحكم معتقدات المريض وسلوكه . ويتضمن المحتوى العقلى المرضى انشغال المريض بأفكار عن تقدير الذات الزائد ، او التقليل منها ، او بأفكار توهم المرض او بأفكار الانعدامية ، او بالأفكار المرجمية او بأفكار التأثير . ويجب تشجيع المريض على ان يكشف تلقائيا عن المحتوى النفسى مع استخدام اقل قدر ممكن من الاسئلة المرشدة .

وعادة عندما يقص المريض قصة حياته وخبراته الحديثة فانه يسميه بما قد يوضح وجود هذاء ، واذا لم يتضح وجود الهذاء ، فانه يمكن الاستفسار عما اذا كان المريض قد واجه خبرات غير عادية أو شاذة . كما يمكن هنا أيضا ان نسأل المريض عما اذا كان الناس يشيرون الاكاديب عنه أو يحاولون ايلذائه . وعندما يفصح المريض عن محتواه النفسي من افكار علينا ان نبحث عن طريق نوع الهذاء ومعرفة دلالة ما أوضحه عنه المريض ، وكذلك علاقة ذلك بحاجاته . كما نبين أيضا السبب الذى دفع بالمريض الى اتخاذ الهذاء اسلوبا لاشباع حاجاته . ويلاحظ غالبا ان المحتوى الشعورى للهذاء يكون على النقيض من المعنى الحقيقى . فعبارات المريض تكون غالبا مؤشرات للحقائق النفسية التى تخفيها . فالدوافع التى يصف بها المريض الآخرين قد تمثل رغبات المريض نفسه ودوافعه ، كما تشير غالبا هذات العظمة الى الاحباطات التى تعرض لها المريض . واذا ما طلب من المريض كتابة فصل عن حياته فانه غالبا ما يكشف عن بيانات ذات دلالة مرضية .

الإدراك

فى حالات التسمم الشديدة وفى الحالات العضوية قد يضطرب الوعى بشدة ، الامر الذى تستحيل معه العمليات العقلية الضرورية للإدراك ، مما يكون نتيجة عدم الإدراك . وفى حالة الاضطراب النفسى وخاصة الهذيان او الحالات الانفعالية يجب ان تكشف عن بيانات لخبرات المريض الإدراكية حتى يمكن توضيح أى دليل عن اضطراب الإدراك . وتتوقف طريقة الاستفسار عن الهلاوس على عوامل عديدة ، وخاصة تكامل شخصية المريض ومدى ادراكه أن الهلاوس نوع من الاضطراب . رغالباً ما تؤدى بعض اشارات المريض اذا تتبعناها الى الكشف عما اذا كان هناك

هلاوس ام لا . ويحدث غالبا ان المريض يذكر خبراته من الهلاوس اذا سئل عما اذا كان قد انتابته خيالات .

الذاكرة

يمكن تقدير الذاكرة البعيدة اذا قام المريض بذكر بيان زمنى عن حياته من حيث تاريخ التحاقه بالمدرسة وتركه لها ، واماكن وتواريخ الوظائف التى التحق بها ، واسماء رؤسائه فى تلك الوظائف . ويمكن اختبار ذاكرة المريض القريبة بسؤال المريض عن وقت حضوره الى المستشفى والمكان الذى حضر منه ومن كان معه عند حضوره وغيرها من الاحداث القريبة . واذا كشف المريض عن اضطراب فى الذاكرة القريبة، فيجب ان نلاحظ وجود أى محاولة للمريض لملء الفجوات بالاراجيف . ويمكن اختبار القدرة على الاحتفاظ والاسترجاع باعطاء المريض مجموعات من اربعة او خمسة ارقام غير متسلسلة ثم يطلب من المريض ترديدها بنفس الترتيب او بترتيب عكسي . وهناك اختبار آخر يفلب استخدامه يتضمن اعطاء المريض احد العناوين او اسماء بعض الاشياء مع التعليمات بتذكرها . وبعد فترة محددة من الزمن قد تكون خمس دقائق او ساعة، يطلب من المريض استرجاع ما تذكره .

تحصيل المعلومات

ويتضح هذا من اجابات المريض عن أسئلة تتعلق بالاحداث الجارية والمعلومات العامة والمعلومات التى اكتسبها فى المدرسة .

الحكم

يقصد بالحكم القدرة على مقارنة الحقائق او الافكار ، لتفهم العلاقات بينها واستخلاص الاستنتاجات الصحيحة منها. وصحة تقديرات المريض

وتفسيراته للأمور الموضوعية الخارجية والدرجة التي يدرك فيها العلاقات التي توجد بين العوامل والاحداث تدل على نوع حكم المريض . ويتأثر الحكم بادراك المريض وسماته الانفعالية . ويمكن أن يشمل الحكم تقدير المريض لاضطرابه النفسى . واذ توقف الحكم الموضوعى فعلينا أن نبحث عما اذا كان القصور قد حدث نتيجة لاضطراب تسمى للحراس ، او تدهور او التهاب مراكز المح العليا ، او انه اضطراب نتيجة للمؤثرات الانفعالية . وفى تقدير حكم المريض ، نحاول التعرف على ما اذا كان المريض يقوم بأمور عمله بحصافة وأنه يقوم بمسئوليته العائلية .

الاستبصار

تقصد بالاستبصار درجة وعى المريض بمرضه وادراكه لطبيعته والعوامل المسببة له . كما أن الاستبصار يدل على قدرة المريض على تفهم نفسه . ونقوم هنا بدراسة تقدير المريض لكيفية تأثير المشاكل الانفعالية على توافقه الاجتماعى وأداء واجباته العادية بنجاح . كما نحاول معرفة ما اذا كان المريض يدرك امكانياته . كما نسأل المريض عن الاسباب التي دفعتة الى استشارة الطبيب . واذا كان فى المستشفى ، فيجب الاستفسار عن سبب التحاقه بها ، وعما اذا كان التحاقه برغبته ، وحاجته الى العلاج . وغالبا ما يحسن الاستفسار من المريض عما اذا كان قد انتابه أى تغيير فى نظره للحياة أو فى احساساته أو فى اهتماماته أو فى تفكيره . وعلينا أن نعرف ما اذا كان المريض يرغب فى أن يساعده الآخرون ، ومعرفة ما هى المحاولات التي يبذلها للتوافق مع ما يوجد فيه من موقف . وعدم وجود الاستبصار ليس بغريب ، حيث لا يكون لدى المريض الاستعداد الانفعالى لأن يواجه ويقيم وجود صراعات أو يقيم طبيعة الاعراض التي انتابته . ومن الجدير بالذكر أن نشر الى أن هدف العلاج النفسى

يعتمد على اكتساب المريض الاستبصار الذى يساعده على تفهم الاصول
الاشعورية لمشاكله وعواملها الوراثية وديناميكياتها ، والتي غيرت من
ديناميكية تكوين شخصيته .

نفسج الشخصية

حيث اننا نقوم بدراسة شخصية المريض من خلال المقابلات المتتابعة ،
فانه يمكن من هذه الدراسة تقييم ما تتسم به شخصية المريض من نفسج .
فنلاحظ ما اذا كانت اتجاهات المريض تتلاءم ومرحلة نمو شخصيته ،
ومتسقة مع عمره الزمنى . وقد يتبين نمو الشخصية من الرؤية التى
يرى بها المريض حياته وعمله وما يتخذه المريض من اساليب لاشباع
حاجاته والادوار التى يتطلبها من الآخرين . وتقدير نفسج شخصية
المريض امر هام فى تقدير امكانياته فى العلاج . فالنمو الناضج يسمح
للمريض بان يقوم بالدور المطلوب منه فى العلاج .

القياس النفسى

تناولنا فيما سبق بعض السمات التى يمكن الكشف عنها فى المقابلة
التي يقوم بها الطبيب ، ولزيد من الوضوح والتحديد يلزم استخدام
بعض المقاييس النفسية التى يمكن الكشف بها عن بعض القدرات العقلية
والسمات الانفعالية والدافعية . وبهذا نصل الى قياس مقنن عن طريق
مقاييس لها أسسها فى التطبيق والتفسير ، بدلا من أن تقتصر فى تقديرنا
لابعاد شخصية المريض على مجرد المقابلة . وسنتناول فيما يلى عرضا
موجزا لبعض المقاييس النفسية الشائعة الاستعمال بهدف التعريف
بها فقط .

مقياس وكسلر للدكاء

وضع وكسلر هذا المقياس سنة ١٩٣٩ ويستخدم لافراد فى سن

(٥ - ١٠ - الطب النفسى)

ما بين السادسة عشرة والرابعة والستين أو يزيد . ويتكون من أحد عشر اختباراً في مجموعتين ، مجموعة الاختبارات اللفظية وتتكون من ست اختبارات تقيس المعلومات العامة والفهم العام ، والسعة الرقمية ، والقدرة الحسابية ، والمتشابهات والمفردات اللفظية . ومجموعة الاختبارات الادائية ، وتتكون من اختبارات ترتيب الصور ، وتكملة الصور ، وبناء المكعبات ، وتجميع الأشياء ، والرموز الرقمية . وتقدر وحدات كل اختبار على حدة ، بحيث يعطى مجموعها درجة خام لكل اختبار . ثم توزن هذه الدرجات الخام وتحول الى نسبة ذكاء بالنسبة لتوسط المجموعة التي ينتمى اليها الفرد .

وقد وضع وكسار أيضاً مقياساً مشابهاً للأطفال فيما بين سن الخامسة والخامسة عشرة ، ويتكون المقياس من مجموعة اختبارات لفظية وتشمل اختبارات المعلومات العامة ، والفهم العام والسعة الرقمية والقدرة الحسابية والمتشابهات والمفردات اللفظية . كما يتكون من مجموعة اختبارات ادائية تشمل اختبارات ترتيب الصور ، وتكملة الصور ، وبناء المكعبات ، وتجميع الأشياء والتفيرة والمناهات . وقد اختصر عدد الاختبارات الى عشرة اختبارات فحذف اختبار السعة الرقمية واختبار المناهات على أساس ضعف ارتباط كل منهما باختبارات المجموعة التي ينتمى اليها ، ولطول الوقت الذي يستغرقه اختبار المناهات . ولكن يمكن اعتبارهما اختبارين تكميليين . واستخدامهما اذا سمح الوقت بتطبيقهما . ويعطى هنا أيضاً كل اختبار درجة خام تحول الى درجة معيارية ثم تجمع الدرجات المعيارية وتحول الى نسبة ذكاء بالنسبة لتوسط المجموعة التي ينتمى اليها الفرد .

وعلى الرغم من أن اختبارات الذكاء تفيد في قياس التكوين العقلي

للفرد الا انها لاتفيد في قياس السمات الانفعالية والدافعية له . وعلى ذلك بذلت محاولات كثيرة لوضع اساليب اخرى يمكن بهها الكشف عن الحاجات والاتجاهات والسمات الانفعالية وكلها ابعاد ذات أهمية في تكوين شخصية الفرد . ومن هذه الاساليب :

اختبار بقع الحبر لروشاخ

وضع هذا الاختبار الطبيب السويسرى روشاخ سنة ١٩٢١ ، ويعطى الاختبار معلومات تتعلق بقدرة المريض العقلية كما انه يكشف عن سمات الفرد الانفعالية والدافعية ، ويتكون الاختبار من عشرين بطاقات على كل منها بقعة حبر مقننة في نصفين متماثلين . خمس بطاقات لونها رادى قائم في تظليلات مختلفة عديدة وبطاقتان لونها رمادى قائم مع وجود اللون الاحمر ، وثلاث بطاقات متعددة الالوان . ويتضح في بقع الحبر عديد من الاشكال المتباينة ، والتظليل واللون بحيث قد يكون لها قيمة ايجابية للمفحوص . وعند تطبيق الاختبار يطلب من المفحوص ان يقرر ما يراه من البقع او ما توحى له به البقع .

ويتكون اشكال ذات معنى من بقع الحبر عديدة المعنى ، يكشف المفحوص عن سمات شخصيته الأساسية . فما يراه الفرد يصبح تعبيراً عن ذاته . فعندما يقرر المريض ما يبدو له من بقع الحبر ، فإنه يخبر الفاحص عن اتجاهاته واحساساته وصراعاته وغيرها من ابعاد شخصيته . وبهذا الاختبار الاسقاطى يحصل الفاحص على بروفيل نفسى لشخصية المفحوص . وقد يكشف عن مؤشرات تكمن وراء اضطرابه . كما يفيد الاختبار في العلاج النفسى حيث يختصر عمل المعالج بكشفه عن مكونات

شخصية المريض وردود فعله . ويتم التطبيق وتقدير الاستجابات والتفسير طبقا لأسس معينة .

اختبار تفهم الموضوع

وضع هذا الاختبار موراى سنة ١٩٤٣ ويتكون من عشرين صورة لأشخاص فى مواقف متباينة غامضة ولكنها روائية . ويقوم بسررد قصته عن كل صورة ، من حيث طبيعة الموقف وعلاقة الأفراد فيه ، وما حدث لهم ، واحساساتهم عنه . ونهاية ذلك . وعادة ما يتقمص المريض شخصية الصورة ويسقط عليها صورته وصورة الأفراد الذين لهم تأثير فى حياته . فالخيال السدى يثار يعكس الاحساسات والحالة الداخلية والأمور الكامنة والكبوتة والإبعاد الخفية من الشخصية . وبهذا يكشف الاختبار عن بيانات عن اتجاهات المريض وآرائه نحو والديه ونحو الموت والعنف والجنس ... الخ . وتحدد القصص التى يرددها مؤشرات عن مستوى ذكائه ، ومدى ونوع اهتماماته وتوتراته . ومن الجدير بالذكر ان عناصر القصص لاتكون كلها ذات دلالة ، وعلى ذلك فيجب العناية فى اختيار العناصر الدالة .

اختبار بنر - جشتالت

وضع هذا الاختبار لوريتابندر سنة ١٩٣٨ . ويتكون هذا الاختبار من تسعة أشكال هندسية اختارتها من الأشكال التى وضعها فريثمر فى دراسته للادراك . وتعرض الأشكال التسعة على المفحوص ويطلب منه نسخها يراه . كما يطلب منه بعد فترة قصيرة أن يضع ما يمكن أن يستدعيه من أشكال ، وتنظيم الرسومات ووضع الورقة ، وانحرافات

الرسومات وتطورها . وإى فروق فى حجم الشكل وغيرها من عوامل يمكن أن يستخلصها الفاحص فى الكشف عن أبعاد شخصية الفرد . وبسبب اعتماد هذا الاختبار على الوظائف البصر حركية ، فإن الاختبار غالبا ما يساعد فى الكشف عن الاضطرابات العضوية . وعلى الرغم من أن بندر قد استخدمت الاختبار على أنه مقياس للنضج ، إلا أن كثيرا من المشتغلين بالمقياس النفسى فى السنوات الأخيرة قد وجدوه أكثر فائدة كاختبار اسقاطى حيث يكشف عن بعض المؤشرات لأبعاد الشخصية .

اختبار رسم الشخص

قامت بإعداد هذا الاختبار ما كافر سنة ١٩٤٨ وهو من الاختبارات الاسقاطية واسعة الاستخدام فى تحليل الشخصية . ويطلب من المفحوص رسم شخص ، وبعد الانتهاء من الرسم يطلب منه رسم شخص جنس غير جنس الشخص المرسوم أولا . ويسجل الفاحص تسلسل تفاصيل الرسم وتعليقات المفحوص أثناء الرسم . وبعد الانتهاء من الرسم يقوم الفاحص بتوجيه قائمة من الأسئلة تدور حول الشخص المرسوم من حيث سنه وتعليمه ومهنته وطموحه ، واتجاهاته نحو والديه وأصدقائه ، وأسرته والجنس والزواج وتركز فى تفسيرها للرسم على التحليل الكيفى .

اختبار تكلمة الجمل

اختبار تكلمة الجمل اختبار اسقاطى يقوم على افتراض أن تكلمة المفحوص للجملة تعكس رغباته ومخاوفه واتجاهاته وسماته الانفعالية . وهناك عدة اختبارات لتكلمة الجمل ، منها اختبار وضعه ساكس سنة ١٩٤٧ . ويتكون هذا الاختبار من ٦٠ جملة ناقصة يطلب

من المفحوص ان يكتب امامها ما يرد الى عقله لتكميلها ، وذلك بأسرع ما يستطيع ، ويسجل الفاحص الزمن الكلى الذى يستغرقه المفحوص للاجابة . كما يمكن للفاحص أن يستفسر عن العبارات التى تبدو له غامضة ويطلب من المفحوص توضيحها . ويمكن الحصول بهذا الاختبار على بيانات عن الأسرة من حيث اتجاه المفحوص نحو أمه وأبيه ووحدة الأسرة ، وعن الجنس من حيث الاتجاه نحو الجنس الآخر والاتجاه نحو العلاقات الجنسية القرية ، وعن العلاقات الشخصية من حيث الاتجاه نحو الأصدقاء والزلاء والرؤساء والمرءوسين ، وعن مفهوم الذات من حيث فكرة المفحوص عن نفسه .

مقياس مانيسوتا متعدد الأبعاد للشخصية

وضعه هانواى وما كينلى سنة ١٩٤٠ . ويتكون هذا المقياس من ٥٥ وحدة وضعت لتقدير بعض أبعاد الشخصية وتوافقها من حيث تروم المرض ، والإكتئاب والهستيريا ، والانحراف السيكوباتى والذكورة والأنوثة والبارانويا ، والسيكاثينيا ، والفصام ، والهوس . وهناك بالإضافة الى التسعة مقياس هذه مقاييس الانطواء الاجتماعى ، والتحصيل الأكادبى ، والرضى الاجتماعى ، والتحمل الاجتماعى . كما يتضمن المقياس مقياسا للصدق يوضح تعاون المفحوص فى الاجابة .

فحص المريض غير المتعاون

غالباً ما يجد الفاحص نفسه فى موقف محير للحصول على بيانات ذات دلالة عندما يواجه بمريض لا يستطيع الكلام أو لا يرغب فيه أو لا يتعاون معه . والفاحص المتسدى قد لا يدرك أن المريض الذى لا يستطيع الكلام ، والمريض الذى لا يستطيع مناقشة بعض الموضوعات ،

كلاهما يكشف عن دلالات نفسية ذات أهمية . وخطة الفحص التالية قد تضع دليلا لدراسة أبعاد شخصية المريض غير المتعاون .

رد الفعل العام والحركة ووضع المريض

بعد وصف المظهر العام واتجاه سلوك المريض تبعا لما ذكرناه فيما سبق ، علينا أن نلاحظ طبيعة استجابة المريض للتحية ، وهز المريض يده مع الفاحص ، ووجود كلام تلقائي . كما نلاحظ محاولة المريض للاستجابة بصوت مرتفع أو بالهمس أو بتحريك الشفاه أو بتحريك الرأس ، واقتصار الإجابات على الأسئلة غير الشخصية ، حيث توجد موضوعات يرفض المريض مناقشتها . وإذا لم يتكلم المريض ، فهل يأخذ في الكتابة إذا ما أعطى قلما وورقة ؟ . ونلاحظ أيضا ما إذا كان المريض يبدو متشككا ومشغولا وغير منتهبه وعدواني ، وما إذا كان يتكلم مع نفسه ، وما هي الحالة الانفعالية المصاحبة . ونلاحظ الأوضاع الجسمية وما إذا كانت ارادية أو فيها استسلام ، وما إذا كانت في استرخاء أو توتر . وعلى الفاحص أن يصف أي أوضاع متوترة وغير طبيعية ، وما إذا كان المريض يقاوم تغيير الوضع ، وما يفعله عندما يوضع في وضع غير مريح ، ويجب ملاحظة أي نشاط تلقائي وكميته وسرعته وما إذا كانت الحركات الدفاعية تثار بالمثيرات المألوفة . ونوضح أيضا ما إذا كان المريض يطيع الأوامر . كما نلاحظ عادات المريض فيما يتعلق بتناول الطعام وارتداء الملابس ، وإذا رفض المريض الطعام فهل يتناوله إذا ما ترك قرصا منه ؟ أو هل يلزم أطعمته بالملقعة أو باستخدام الأنبوبة ؟ . ونلاحظ ما إذا كان سلوك المريض يتسم بالثبات أو يتغير من وقت لآخر ، وإذا كان متغيرا فبم يتأثر ؟

التعبير الوجهي والاستجابة الانفعالية

فلاحظ ما اذا كان يمكن وصف تعبيرات وجه المريض بأنه يقظ او متبلد او ابله او هادئ او عبوس او كئيب او فظ او حاد الطبع غير راضى او غضب او متخوف ، وما اذا كان وجه المريض يعبر عن الاشمزاز او الكراهية او الارتباك او الحيرة ، وما اذا كان هناك دموع او ابتسامات او اى علامات انفعالية اخرى . وفى اى المواقف تظهر هذه العلامات . كما نلاحظ ما اذا كان هناك تفرس فى نظرة المريض او نلاحظ عليه خلسة النظرات . ونوضح ما اذا كان المريض يتفعل عند الحديث عن أسرته او اى موضوعات او خبرات معينة . واذا كان الأمر كذلك نحدد الموضوعات او الخبرات التى يتفعل بسببها . ونوضح كذلك رد فعل المريض نحو زيارات الأسرة له ونسجل اى رد فعل يلفت النظر نحو زيارة افراد معينين فى الأسرة او خارجها .

الفحص تحت تأثير التخدير

اذا لم يتمكن الفاحص - بسبب فقدان الذاكرة أو صعوبة اقامة علاقة وفاق مع المريض - من الوصول الى بيانات ذات دلالة ، فانه يمكن زيادة التعاون غالباً باستخدام أسلوب التخدير .

ويمكن استخدام انواع من الباربيتوراتس المختلفة لاحداث عملية التخدير ، ولكن يشيع استخدام عقاقير الباربيتوراتس ذات المفصول البطيء كالصوديوم اميتال . فيحقق مطول حديث التحضير بتركيز . ١ فى المائة من الصوديوم اميتال فى الوريد بسرعة واحد مليلتر فى الدقيقة . ويستمر الحقن حتى يصبح المريض فى حالة نعاس . وفى هذه الحالة الهابطة من الشعور ، الواقعة بين اليقظة والنوم ، يحدث الوفاق بين الفاحص والمريض ، وتظهر المادة المكبوتة والمتصارعة فى الشعور . ويمكن أيضاً استخدام أسلوب التخدير مع المريض المتعاون لتتخفف المقاومة

النفسية مؤقنا لتظهر المادة المكبوتة الى الشعور والوصول الى الصراعات الكامنة .

ولما كانت جرعات الصوديوم اميتال تؤدي الى انخفاض ضغط الدم وهبوط التنفس فانه يحسن استخدام كبريتات الافيدرين والبيكرو لوكسين .

صيافة التشخيص

بعد دراسة المريض بأساليب الفحص التى تناولناها ، تأتى مرحلة صياغة التشخيص . فالتشخيص يجب أن يكون تشخيصا تكوينيا وديناميكيا وكلينيكيا . والطبيب فى محاولته الوصول الى التشخيص التكويني يبحث فيما قام به من فحص عن العوامل الجسمية والاجتماعية والنفسية التى تكون قد أدت الى اضطراب شخصية المريض . ومن دراسة الميكانيزمات والأساليب التى يستخدمها المريض ليقفل من قلقه وتوتراته ويزيد من احترام ذاته ، واثار العوامل التكوينية على تكوين الشخصية فى ابعادها المختلفة نتوصل الى كيفية تكوين تلك السمات المرضية . وبهذا نصل الى التشخيص الديناميكى الذى يوضح العمليات النفسية المرضية وآثارها . وفى التشخيص الاكلينيكى يقوم الطبيب بوصف مجموعة الاعراض التى يكون قد درسها كما يحدد المسار المحتمل للمرض ويحدد غالبا طرق العلاج .

وصياغة الفحص يمكن ان تتم بالتنظيم التالى :

١ - الاضطرابات التى يعانى منها المريض .

(١) اضطرابات التكوين العقلى من حيث الادراك والتفكير

والانتباه والذاكرة وغيرها من سمات عقلية .

(ب) اضطرابات السمات الانفعالية من حيث السيطرة والخضوع والتفائل والتشاؤم والتبلد وزيادة الحساسية والروح والحزن وسرعة الاستشارة والثبات الانفعالي وغيرها من سمات انفعالية .

(ج) اضطرابات السمات الدافعية من حيث اتجاهات المرض واهتماماته وتحقيق ذاته وامنه وحريته وغيرها من سمات دافعية .

(د) اضطرابات جسيمة من حيث مظهر المريض العام وما يعانى من امراض جسيمة .

٢ - الخصائص التكوينية من مؤثرات جسيمة وأسربة وبيئية مما كشف عنه التاريخ الشخصي والفحوص الطبية والنفسية المختلفة .

٣ - التفسير النفسي الديناميكي من حيث اثر العوامل التكوينية على تكوين شخصية المريض فى ابعادها المختلفة وما يتخلده المريض من دفاعات وما يظهره من أعراض .

٤ - تحديد نوع الاضطراب النفسي الذى يعانى منه المريض . فى ضوء ما يتبعه من تقسيم للاضطرابات النفسية .

٥ - وصف العلاج ، فيذكر فى عبارة مختصرة نوع العلاج الأكثر فاعلية ، والعلاج الاضافى كالعلاج المهنى او العلاج بالعمل او العلاج الترويحى ، والدور الذى يقوم به الاخصائى الاجتماعى فى العلاج ، والى الخارجى او الداخلى ، والرفقة فى الحصول على شهادة ، وتعيين مساعد اذا كان المريض لا يستطيع القيام بمطالبه .

٦ - تقييم ما ستكون عليه حالة المريض . فيجب ان توضع ما سوف تكون عليه مشكلات المريض نتيجة للعلاج المقترح .

الاضطرابات الذهانية

الاضطرابات الذهانية المرتبطة باضطرابات عضوية واضحة

الاضطرابات الذهانية ، اضطرابات نفسية تتميز بعدم تكامل شخصية الفرد ، كما تتميز عادة بفقدان اختبار الواقع ، واضطراب الإدراك ونكوص السلوك والمحتوى العقلي المرضي حيث الهذات والهلاوس . ويمكن تقسيم الاضطرابات الذهانية الى اضطرابات ترتبط باضطرابات عضوية واضحة ، والى اضطرابات لا ترتبط باضطرابات عضوية واضحة ، والتي يذهب البعض الى تسميتها بالاضطرابات الذهانية الوظيفية . وجدير بالذكر أن ما نسميه الآن بالاضطرابات الذهانية الوظيفية ، قد يثبت فيما بعد انها ترتبط باضطرابات عضوية لا تظهر لنا الآن بالفحص المبكر وسكوبى او غيره من اساليب الفحص الحالية . فبظهور اضطرابات سلوكية لابد ان يكون قد حدث اضطراب مافى النخلة الامر الذى يمكن الكشف عنه بتقديم اساليب البحث .

وتتميز الاضطرابات الذهانية التى ترتبط باضطرابات عضوية واضحة باضطراب الوعى واضطراب الذاكرة واضطراب الوظائف العقلية . كالعلم والهم والمعرفة واجراء العمليات الحسابية . كما تتميز باضطراب الحكم وسطحية الانفعالات وعدم ثباتها . وغالبا ما نلاحظ عددا من هذه الاضطرابات معا على المريض . ووجود اعراض ذهانية او عصبية مصاحبة لاضطراب الوعى والذاكرة والوظائف العقلية والحكم وسطحية الانفعالات وعدم ثباتها ، يتوقف على نمط شخصية الفرد والصراعات الانفعالية التى يعانى منها ، والموقف البيئى الذى يتعرض له ، بالاضافة الى الاضطراب العضوى ذاته .

خبل الشيخوخة وما قبل الشيخوخة

الخبل اضطراب لاشفاء منه يرجع الى ضمور شامل في القشرة المخية وخاصة في الفص الامامى . والخبل الذى يحدث فى سن ٦٥ فاكثر يعرف بخبل الشيخوخة ، بينما الخبل الذى يحدث فى سن ما بين ٤٠ واقل من ٦٥ يسمى بخبل ما قبل الشيخوخة .

خبل الشيخوخة

الاسباب : هناك بعض الأدلة على اثر العامل الوراثى فى نشأة الاضطراب . وقد وجد ان الامراض العدية والصدمات النفسية وطريقة الحياة غير الصحيحة تؤدى الى خبل الشيخوخة . ويشيع خبل الشيخوخة بين النساء بنسبة اكبر منها بين الرجال اذ تبلغ هذه النسبة ١ : ٢ .

الصورة الاكلينيكية : يتميز خبل الشيخوخة بمسار متطور بطيء وتظهر امراضه فى مراحل .

المرحلة الاولى : فى هذه المرحلة تتغير شخصية المريض فحاة فيصبح عنيدا . عدوانيا ، وتقل اهتماماته وتتركز أساسا حول أشباع حاجاته ورغباته . ويصبح انانيا فيطلب زيادة الاهتمام به ، ويميل الى المعالة فى قيمته . وأحيانا لا يوجد شكوى من اكتئاب أو احساسات غم سارة ، ويظهر المريض انتعاشا وهذوا . وفى تلك الحالات يميل المرضى الى التفاخر بمنظرهم وقوتهم الجسمية . وأحيانا قد تزيد قدرتهم الجنسية . ولكن هناك حالات يلاحظ فيها عكس هذه الأعراض فيشكو المريض من الصداع والاحساسات غير السارة فى أجزاء جسمه المختلفة وهبوط المزاج . كما يصبح حاقدا ونكدا ومتذمرا ويشكو من قلة

الاهتمام به فيطلب الذهاب الى الطبيب ويبحث عن الاختصاصيين .

وتظهر في هذه المرحلة اضطراب الذاكرة حيث يظهر هذا الاضطراب في بادئ الامر في ضعف الذاكرة للحقائق الجديدة ، وخاصة الاسماء ، ولكن يستدعى المريض الحقائق الماضية بدرجة جيدة نسبيا . وبمضي الزمن يزداد اضطراب الذاكرة حتى ان المريض لا يتذكر اين وضع تقوده ، الامر الذي يتهم معه افراد الاسرة بالسرقة . وتظهر في هذه المرحلة ايضا اضطراب الانتباه من حيث عدم القدرة على التركيز فلا يستطيع المريض مواصلة ما بدأه من عمل ، كما يضطرب الانتباه من حيث مرونته فلا يستطيع المريض متابعة تغيرات موضوع المناقشة .

وفي المرحلة الاولى قد تحدث اضطرابات في الحركة كانتفاض العضلات ، وزيادة الحركة التي تشبه الارتعاش وخاصة ايدين رجيمود في السر .

المرحلة الثانية : ينتاب المريض في هذه المرحلة تدهور عقلى شديد ويزداد اضطراب الذاكرة حتى ان المريض لا يستطيع استدعاء اسم زوجته واطفاله فقط بل لا يستطيع ايضا تذكر اسمه ، كما انه لا يتذكر سنه وكثيرا ما يعتقد انه مازال في المدرسة او انه يقوم بعمل تركه من زمن بعيد . ويتذكر المريض خبرات الطفولة بوضوح اكبر مما يتذكر الاحداث القريبة . ولكن في بعض الحالات تكون الذكريات واضحة وثابتة نسبيا ، فقد يستدعى المريض بوضوح حادثه لها دلالتها في حياته بالرغم من عدم تذكره كل ذكريات حياته الاخرى . ويصاحب اضطراب الذاكرة الشديد الاراجيف . ويظهر هنا الادراك الخاطئ للناس والاحداث والمواقف ، فينادى المريض زملاءه في المصحة باسماء زملائه

القديم كما قد يعتبرهم زملاءه في الدراسة . وفي هذه المرحلة لا يستطيع المريض فهم الحديث المجازي ، ويفشل في رؤية الأشياء المتعارضة و الرسومات أو ملاحظة التناقضات الواضحة . وقد تزداد حالة النموه التي تظهر في المرحلة الاولى حدة ، فيضحك المريض ، ويصفق ويرقص ولا يستطيع الجلوس دون حركة . وغالبا ما يتشبه بالصفار في ملبسه ويمشط شعره بأسلوب جذاب ولكن في بعض الحالات قد تظهر هذات توهم المريض ، وافكار عن التحطيم ، والتقليل من الذات كما يظهر الاكتئاب . فيكون المريض عادة مكتئبا ، ويشكو من سوء المعاملة ، أو يشعر بأنه ميت أو ليس له معدة أو قلب أو رجل أو رأس .

وعندما تسوء حالة المريض ، يظهر عدد من الأعراض الجديدة حيث ينتاب المريض التعبير القلق ، كما يقوم بأفعال نمطية غير هادفة ، فيحرك الوسائد والسريـر وغيره من اثاث من اماكنها . ومن الأعراض المميزة هنا عرض الفسيل ، والذي نلاحظه على المرضى الذين يلتزمون الفراش فيفركون دائما غطاء السرير أو طرف البطانية بأيديهم . ويصبح نوم المريض سطحيا متقطعا كما ينقلب توقيته ، فلا ينام المريض ليلا ، وينتابه النعاس نهارا . كما يظهر نوبات من الهذيان وأرتباك الوعي ، فلا يرى المريض بما حوله ، ويقوم بأفعال سخيفة كأن يوقد نارا في وسط الحجر أو على السرير كما تظهر كذلك الهلاوس البصرية . ويلاحظ في هذه المرحلة أيضا بعض الاضطرابات الجسمة حيث يوجد ضعف في العضلات وخاصة عضلات الأطراف السفلى مع وجود انتفاضات في العضلات . ويحتفظ انسان العين برد فعل ضعيف للضوء ، ولكن ينعدم تماما رد الفعل التقاربي للمقلة .

المرحلة النهائية : وهي مرحلة ضعف نفسي وجسمي ، حيث يتطور

الضعف النفسى تدريجيا حتى يصبح المريض غير قادر على التمييز بين ما يمكن اكله وما لا يمكن اكله ، كما يفقد القدرة على الكلام كليسة ، ولا يستطيع ان يترك الفراش كما ينام فى وضع يصرف بالوضع الجنينى ولا يقاوم اى محاولة لتغيير وضعه ، ويتفوه بأصوات غير واضحة ، ويؤدى كل الوظائف الطبيعية فى السرير مما يحتاج الى رعاية خاصة من هيئة التمريض . وينتاب المريض فى هذه المرحلة قروح وحالات تسمم مما يزيد الحالة خطورة .

العلاج : العلاج النفسى لحالات خبل الشيخوخة قليل الفائدة بل يمكن ان نذهب الى القول بأنه عديم الفائدة . كما انه لا يوجد علاج طبى يمنع او يقلل التغيرات الباثولوجية التى تكمن وراء هذا الاضطراب . ولكن يمكن ان تتأثر الاعراض الذهانية والعصابية المصاحبة بالعلاج المناسب . فالإكتئاب قد يتأثر بعلاج الصدمات التى يجب ان تتم على فترات متباعدة لتجنب زيادة اضطراب الذاكرة والارتباك ، وتعالج اعراض البارانويد والفصام ، والاثارة البسيطة بالمقار المناسب . ويتضمن العلاج الاساسى لاضطراب خبل الشيخوخة العلاج الاجتماعى والبيئى فالاجتماعات الجماعية ، واندية الصحافة والتليفزيون والرحلات والعمل فى جماعات ، قد تؤدى كلها الى اسعاد هؤلاء المرضى .

خبل ما قبل الشيخوخة

هناك ثلاث حالات من الخبل تحدث فى سن ما قبل الشيخوخة ، ما بين ٤٠ و ٦٥ سنة وهى :

١ - مرض الزهيمر .

٢ - مرض بيك .

(م ٦ - الطب النفسى)

٣ - مرض جاكوب كروتسفيلدت .

وتتميز هذه الحالات بالخبل المتطور وبعض الاعراض الرئيسية .

مرض الزهيمر

هذا الاضطراب اكثر اضطرابات الخبل شيوعا قبل سن الشيخوخة .

الأسباب : وسبب هذا الاضطراب غير معروف ، ولكن هناك تقارير عن وجود استعداد وراثي . وتنتشر التغيرات الباثولوجية في المخ فتشمل الفص الجبهي والصدغي والجداري كما تشمل للعقدة القاعدية .

الصورة الاكلينيكية : وتظهر الاعراض غالبا في ثلاث مراحل :

المرحلة الأولى : وهنا يفقد المريض ذاكرته ، ويحدث اضطراب شديد في الوعي المكانى حتى أن المريض قد يضل عن منزله .

المرحلة الثانية : وفيها تظهر الاعراض الرئيسية نتيجة لتلف مناطق معينة في المخ فيظهر فقدان الكلام ، والعجز عن الحركة والاجنوزيا . كما تظهر اعراض اضطراب الجهاز خارج الهرمى من جمود وتغيير في السير . وقد يوجد عرض المصاداة وتحدث التشنجات الصرعية في ٢٥ - ٣٠ في المائة من الحالات .

المرحلة الثالثة : حيث الهزال والانحدار الى الحياة الخاملة .

المصالح : لا يوجد علاج معين . ويقتصر الامر على الرعاية الغذائية والطبية مع اساليب العلاج التى ذكرت في خبل الشيخوخة .

مرض بيك

مرض نادر الحدوث ، والضمور الذى يحدث فى المخ يكون محدوداً عنه فى مرض الزهيمر حيث يصيب الفص الجبهى والصدغى . ويرجع المرض الى تأثير أحد الجينات السائدة الشاذة .

الصورة الاكلينيكية : هذا النوع من الخبل يتطور ببطء ويظهر فى بادئ الأمر باضطراب الوظائف العقلية حيث يصعب التركيز والانتباه وتصبح انفعالات المريض متبلدة ، كما انه يصبح خاملاً ويفقد التلقائية . وادعاءراض التى تنشأ من الاضطرابات الموضوعية فى القشرة هى فقدان الكلام وعجز الحركة والأجنوزيا ، ويفقد المريض السيطرة على السلوك مبكراً مما قد يؤدى الى اعمال قد يعاقب عليها . ويندر وجود الاكتئاب أو الهذات أو الهلاوس فى مرض بيك . وقد تحدث تشنجات صرعية ولكنها لا تشيع . والصورة النهائية تشبه الصورة التى تحدث فى حالة مرض الزهيمر .

المساج : يقتصر العلاج على الرعاية الغذائية والطبية .

مرض جاكوب كريتسفيلدت

يبدأ هذا الاضطراب النادر فى سن ما بين ٤٠ الى ٥٠ سنة . ويتميز بالخبل والتقلص ، والارتعاش ، وضمور العضلات بسبب التلف الذى يحدث فى كل من المخ والنيرونات الحركية السفلى فى النخاع الشوكى . وتتوقف الأعراض على اجزاء المخ التى تتأثر بالتلف . ويؤدى المرض الى الموت فى فترة ما بين ستة اشهر وستين .

الذهان الكحولي الذهيان الارتعاشي

الذهيان الارتعاشي اضطراب ذهاني حاد يرجع الى التوقف عن تعاطي الكحول بعد فترة طويلة من تعاطيه . كما يمكن ان يظهر نتيجة الضعف الجسمي الذي تسببه امراض جسمية كاللدوسونتراريا أو الالتهاب الزئوي أو اصابة المخ .

الصورة الاكلينيكية : يمر الذهيان الارتعاشي بثلاث مراحل :

المرحلة الاولى : تستمر هذه المرحلة لثلاثة أو اربعة ايام وتتميز بالآكتئاب والقلق وثقل الراس واضطراب النوم وفقدان الشهية . وأحيانا يوجد اسهال وامساك .

المرحلة الثانية : تظهر هنا الهلوس البصرية، وتبدل الوعي والخوف الشديد والانارة الحركية . وتعلق الهلوس غالبا برؤية الحيوانات . وقد تكون صورها ضخمة أو ضئيلة الحجم . فقد يرى المريض راس الحصان في حجم نصف الحجرة أو لسانا كبير الحجم يتدلى من النافذة أو وحشا غير معروف ذا اجنحة ضخمة يتدلى من السقف ، أو قد يرى حشرات وحيوانات صغيرة تزحف نحوه . أو اناسا صفارا يتسلقون من جيبه ويتجمعون على راحة يده . وقد يصاحب الهلوس البصرية هلوس سمعية ولمسية . وتسوء الهلوس بالليل وغالبا ما تختفى بالنهار . وتتميز هذه المرحلة بارتعاش العضلات الذي يشمل أساسا عضلات

الوجه وخاصة الجفون وطرف اللسان والأصابع عند امتداد اليدين .
وهنا أيضا ترتفع درجة الحرارة فغالبا ما تصل ما بين ٣٩ و ٤٠ درجة
مئوية ويرجع هذا أساسا الى الالتهاب الرئوى ، كما يسرع النبض
ويرتفع ضغط الدم غالبا . ويقل افراز البول ويزداد تعداد كرات الدم
البيضاء قليلا .

المرحلة الثالثة : تعقب مرحلة الهذيان التى تستمر عادة ما بين يومين
الى أربعة أيام ويندر أن تطول المدة عن ذلك . وغالبا ما ينتهى الهذيان
بنوم عميق ولمدة طويلة ما بين ١٢ الى ١٦ ساعة . وبعد الاستيقاظ ينتاب
المريض الاكتئاب والفتيان والضعف والارق . وتختفى الهلوس على
الرغم من انه يمكن أن تظهر بالضغط على مقلة العين .

وتتراوح نسبة الوفاة فى الهذيان الارتعاشي ما بين ١٠ - ٢٠ فى
المائة . ويرجع معظم الوفيات الى الامراض التى تصاحب الاضطراب، وأكثر
هذه الامراض شيوعا الالتهاب الرئوى وامراض الكبد . كما أن هناك
حالات وفاة بسبب ارتفاع درجة حرارة الجسم ، وحدوث تشنجات
وهبوط الدورة الدموية .

المساج : يتطلب الهذيان الارتعاشي دخول المريض المستشفى ، ويجب
أن يتم العلاج فى وحدة خاصة يمكن أن تعالج فيها المضاعفات الجسمية
التي تنشأ . ويجب أن يبدأ العلاج الطويل الامد للأدمان الكحولى بمعالجة
طبية لحالة التسمم الحادة . وهذا اجراء وقائى حيث أن ٤٥ - ٥٠ فى
المائة من المرضى الذين يعانون من نوبات متكررة من الهذيان الارتعاشي قد

يموتون في خلال خمس سنوات. كما يجب أن تعالج المضاعفات في الوقت المناسب حسب الحالة الجسمية للمريض . وأى مريض في حالة توقف وله تاريخ سابق من النوبات ، أو يعاني من ارتعاش واضح وانتفاضات قلبية تشير إلى أن نوبات وشيكة الحدوث ، يجب أن يعطى العقار المناسب ضد التشنجات عند دخوله المستشفى . وحيث أن معظم المرضى يبدأون في سوء ادراك المثيرات الخارجية ، ويتنبههم الهذيان الارتعاشي عند حلول الظلام وخاصة إذا كانوا بمفردهم ، فيحسن ترك الاضاءة ليلا . ويجب أن يكون هناك أعضاء من هيئة التمريض أثناء فترات يقظة المرضى يتحدثون اليهم ويشرحون لهم أى سوء ادراك بصرى . وهذا يزيد من اتصال المريض بالواقع ويقلل من تفكك شخصيته . وأعراض الجهاز الهضمي تعالج بعقار هيدروكسيد الألومنيوم مع الغذاء المناسب والاهتمام بالفيتامينات وخاصة مجموعة ب . وتزويد المرضى بالسوائل في حالة التوقف عن تعاطى الكحول الحاد من الأهمية بمكان ، ويفضل طريق الفم حيث يندر أن يتطلب الأمر تزويد المريض بالسوائل عن طريق الوريد ولكن يمكن هذا إذا كان الجفاف واضحاً .

ويستخدم للعلاج عديد من العقاقير ولكن الباربيتوراتس والبارالدهيد والكلورال هيدرات لها فاعليتها في العلاج إذا أعطيت على فترات منتظمة . فيمكن إعطاء المريض جرعة تصل إلى ١٠ سم^٣ من أنبارالدهيد في العضل كل أربع ساعات ويضاف الكلورال هيدرات إلى البارالدهيد ، وتعطى الجرعة كل ست ساعات إذا وجد المريض في حالة هياج .

ويمكن استخدام اساليب العلاج التالية :

١ - يعطى المريض الهالوبريدول من ١٠ - ٢٠ مليجرام في الوريد

او العضل مع اميلوباربيتون الصوديوم ٢٥٠ مليجرام او ٥٠٠ مليجرام في الوريد عند دخول المريض المستشفى . وبعد ذلك يعطى من ٥ - ١٠ منيجرام هالوبيريدول في العضل كل ست ساعات للايام القليلة التالية تبعا لحالة المريض . ويمكن اضافة اميلوباربيتون الصوديوم ، بالليل اذا لزم الامر . ويمكن ايضا اعطاء البارالدهيد ١٠ سم^٢ عن طريق الفم او في العضل ، ولكن لايلزم هذا الا نادرا . ويمكن اسيطرة على مضاعفات الجهاز خارج الهرمى لعقار الهالوبيريدول بواسطة الكوجينتين بجرعة ٢ مليجرام يوميا في الوريد او عن طريق الفم .

٢ - وفي حالة المرضى الذين لم يعانون من اصابة بالقرحة المعدية والقيء . يعطى المريض الهمينيورين ٥٠ جرام مبتدئين بجرعة ٤ كبسولة و ٣ كبسولة في الليل تبعا للوقت الذى بدانا فيه العلاج . ثم تقل الجرعة في اليوم التالى حيث يعطى ٢ كبسولة في الصباح ، و ٣ كبسولة في وسط النهار ، و ٣ كبسولة في الليل ، وفي اليوم الثالث يعطى المريض ١ كبسولة في الصباح ، وكبسولة في وسط النهار ، و ٢ كبسولة في الليل ، وفي اليوم الرابع يعطى المريض كبسولة في الصباح ، وكبسولة في وسط النهار ، وكبسولة في الليل ، وفي اليوم الخامس يعطى المريض كبسولة في الليل فقط .

٣ - واذا كان المرضى يعانون من قرحة المعدة او من القيء او غير مستقرين او في حالة هياج ، فان المريض يعطى التاراكتان بجرعة ٣٠ مليجرام في العضل . ويعطى المريض جرعة اخرى بعد فترة مابين ٤ - ٦ ساعة اذا لم يهدأ . وفي اليوم التالى وفي الصباح الباكر ، يعطى المريض حقنة اخرى من التاراكتان بجرعة من ١٥ - ٣٠ مليجرام في العضل، وبعد ذلك نواصل اعطاء الليبريم بجرعة ٢٠ مليجرام ثلاث مرات يوميا،

طريق الفم . وإذا لزم أحد المهدئات في الليل فانه يكفى عادة الفاليوم بجرعة من ٥ - ١٠ مليجرام عن طريق الفم . وجدير بالذكر انه من الأهمية بمكان في العلاج مواجهة المضاعفات في الوقت المناسب مع اعطاء الفيتامينات والسوائل والمقايير بكميات مناسبة مع الاهتمام بيئة المريض .

الهلاوس الكحولية

يحدث هذا الاضطراب عادة اثناء مواصلة المريض تعاطى الكحول ، ولكن هناك حالات تظهر أعراضها بعد بضعة أيام من توقف تعاطى الكحول . والهلاوس الكحولية يمكن أن تكون انطلاقا لاضطراب الشخصية الكامن الذي يرسبه تعاطى الكحول . فكثير من المرضى الذين يعانون من الهلاوس الكحولية ، ينتابهم في الحقيقة الفصام .

الصورة الاكلينيكية : عادة ما يكون المظهر الوحيد للاضطراب هو الهلاوس السمعية التي تكون في صورة تهديدات واتهامات . وتوجد الهذات في كثير من الحالات ، ولكن الهلاوس السمعية هي العرض السائد في هذا الاضطراب . والهلاوس البصرية نادرا ما تكون جزءا من الصورة الاكلينيكية . ويلاحظ أن الوظائف العقلية لا تتأثر ، كما يبقى الاحساس صافيا . وقد تحدث اعراض اكتئابية وتشيع محاولات الانتحار . وتستمر الحالة من بضعة أيام الى شهر ، ولكن يتكرر حدوث الحالة اذا ما عاود المريض تعاطى الكحول . وهناك تقارير عن حالات استمر الاضطراب فيها لفترة ما بين ثلاثة واربعة اشهر بعد التوقف عن تعاطى الكحول .

العلاج : يقوم العلاج على دخول المريض المستشفى ، وابعاد الكحول واعطاء المهدئات . ويوصف غالبا عقاقير الفينوثيازينز والعقاقير المضادة للاكتئاب . كما يلزم الغذاء المناسب والفيتامينات .

ذهان كورساكوف الكحولي

يرجع هذا الاضطراب الى النقص الفذائى وخاصة نقص الثيامين والثياسين . وتدهور النسيج العصبى يشمل اساسا القشرة والاعصاب الطرفية . وينشأ ذهان كورساكوف نتيجة الهذيان الارتعاشي . وقد ينشأ تدريجيا في الخبل الكحولي المزمن ، او يعقب الهلاوس الكحولية . وبالإضافة الى الكحول ، هناك حالات تؤدي الى نشأة ذهان كورساكوف . وتتضمن هذه الحالات القىء المستمر مع تسمم الحمل ، والتهاب المعدة الزرنخي المزمن والتسمم المزمن بالرصاص أو غيره من الفلزات الثقيلة ، وانقص الفذائى الذى يرتبط بالمجاعة والبرىبرى والبلاجرا ، كما أن هذا الاضطراب قد يلى إصابة الرأس .

الصورة الاكلينيكية : تكون مجموعة الاعراض من فقدان الذاكرة والاراجيف او تزييف الذاكرة ، والقابلية للايحاء مع التهاب الاعصاب الطرفية . كما توجد الاعراض الرئيسية لمجموعة اصابة المنح العضوية .

العلاج : اعطاء جرعات كبيرة من الفيتامينات وخاصة فيتامين ب والغذاء المناسب مع المتابعة المنتظمة للحالة .

البارانويا الكحولية

لا يمكن اعتبار الكحول في حد ذاته السبب الذى يرجع اليه اضطراب البارانويا الكحولية . فتعاطى الكحول قد يكون عرضا لتوترات داخلية لم تسمح بتكوين علاقات مرغوبة من الجنسية الفيرية ، وتعاطى الكحول يضيف الكبت فتظهر الدوافع المختفية من الجنسية المثلية فى حماية اعراض البارانويد الهذائية . وتعاطى الكحول يمكن أن يقلل من القدرة الجنسية . وهذا فى حد ذاته ، قد يسبب فرعا اذا ماشك المريض فى قدرته . والفيرة وضعف القدرة الجنسية معا ، والرغبة الجنسية المتزايدة نتيجة لحالة التسمم ، ونقص المطف ، قد تسبب النفور من اى زوجة . والمريض لا يستطيع تحمل حقيقة فشله فى حياته الزوجية ، فيرجع هذا الفشل الى زوجته .

الصورة الاكلينيكية : يتميز هذا الاضطراب بهذات الاضطهاد، وهذات الخيانة الزوجية ، والفيرة المرضية والسلوك العدواني العنيف .

المساج : يتضمن المساج دخول المريض المستشفى والتقليل من تعاطى الكحول او ابعاد المريض عنه اذا امكن ذلك ، واعطاء عقار او اكثر من عقاقير الفينوثيازينز .

الخل الكحولى المزمن

ينشأ هذا الاضطراب من تلف القشرة المخية نتيجة التسمم الكحولى المزمن او عتب الدهان الكحولى . ويرجع تلف المخ الى نقص

الفيتامينات أكثر مما يرجع الى التسمم الكحولى . فالشخص الذى يتعاطى الكحول والذى يستطيع ان يتغذى جيدا يقل احتمال اضطرابه بينما يزداد اضطراب الشخص الذى يتعاطى الكحول ولكنه لا يتغذى جيدا . ويتكون التلف فى المخ أساسا من تدهور الخلايا العصبية فى القشرة المخية .

الصورة الاكلينيكية : يوجد تدهور تدريجى فى القيم الاجتماعية والاخلاقية عند الفرد فيصبح السلوك فظا وبذيئا كما يتميز باللامبالاة . ومع زيادة تلف المخ مع مواصلة تعاطى الكحول يحدث قصور فى الذاكرة وتدهور فى الوظائف العقلية . كما يصبح المريض عدوانيا وسهل الاثارة .

المسلاج : يقوم العلاج بعد التوقف عن تعاطى الكحول على الفيتامينات وخاصة مجموعة ب ، والغذاء المناسب والمتابعة المنتظمة .

مجموعة اعراض ورنيك

يلاحظ هذا الاضطراب النادر فى حالات تعاطى الكحول المزمنة . ويرجع الى نقص الفيتامينات وغيرها من العناصر الغذائية وخاصة نقص الشيامين ، وتتكون التغيرات الباثولوجية من تلف النورونات والشهيرات الدموية التى تحدث خاصة فى جذع المخ والتراكيب القريبة من كل من الطين الثالث والرابع .

الصورة الاكلينيكية : يتميز الاضطراب عادة بالارتباك والاثارة ، التى قد يعقبها الهذيان بعد فترة قد تكون اياما او اسابيع . ويحدث الازدواج

في الرؤية نتيجة تسلسل كل من العصب الثالث والسادس . كما تضطرب الذاكرة وتوجد الاراجيف غالبا ، وقد يحدث تمسر في النطق . وقد تتغير مرحلة الانارة والهديان الى مرحلة من النوم والذهول وهنا تكثر حالات الوفاة .

المعالجة : يستخدم لهذا الاضطراب نفس العلاج الذي يتبع في الحالات الكحولية المزمنة . ويجب أن نتذكر أن الاضطرابات الكحولية المزمنة ، غالبا ، ان لم يكن دائما ، بصاحبها اضطرابات جسيمة غير التغيرات العصبية التي تحدث في الجهاز العصبي المركزي والطرفي . فهناك غالبا تليف الكبد مع احتمال هبوط في الكبد . وقد يرتفع ضغط الدم في الوريد البابي مما قد يؤدي الى ظهور دم في القيء والبراز . كما يحدث التهاب في المعدة مما يؤدي الى القيء في الصباح والتأثير الواضح على الشهية والهضم . وتقص فيتامين ب قد يؤدي احيانا الى هبوط في القلب . ويجب على الطبيب أن يقف على كل ما قد يحدث هناك من اضطرابات ويواجهها بالعلاج المناسب .

الاضطراب الذهاني المرتبط بعمى المخ

من الواضح ان الامراض المعدية قد تسبب اضطرابات نفسية ، ولا يقتصر هذا الامر على الامراض المعدية التي تصيب الجهاز العصبي ، ولكن قد تظهر الاضطرابات النفسية ايضا في حالة اصابة اجزاء اخرى من الجسم . وتظهر الاضطرابات الذهانية احيانا ، نتيجة للأمراض المعدية الحادة ، كالانفلونزا والملاريا ، وحمى التيفوس ، كما اننا نلاحظ هذه الاضطرابات الذهانية ايضا في الامراض المعدية المزمنة كالسل والتسمم الميكروبي المزمن . فكثيرا ما يصاحب الأمراض المعدية الحادة حالات هذيان . فقد يحدث مع ارتفاع درجة الحرارة هذيان الحمى . وهذيان الحمى مجموعة اعراض هذيانية حيث لا يدرك المريض الناس من حوله ، ولا يكون على وعى بالزمن والمكان ويشعر بالقلق والخوف بدون سبب . وهذه الاعراض قد تصاحبها هلاوس واضحة . وينتاب هذيان الحمى الاطفال عندما يمرضون بالامراض المعدية . فمن المعروف ان الاطفال الذين يعانون من ارتفاع درجة الحرارة ، غالبا ما ينتابهم مخاوف لا حصر لها ، ورؤية اشباح مخيفة . ويرتبط ظهور الهذيان بارتفاع درجة الحرارة بحلول الليل ، كما تسوء ايضا الاضطرابات النفسية ، وتزول مجموعة الاعراض عادة مع انخفاض درجة الحرارة .

وقد تنشأ مجموعة اعراض الهذيان مع بداية او نهاية المرض المبدى ، ولا ترتبط بارتفاع درجة الحرارة ، ولقد لوحظ ان الاضطرابات النفسية نتيجة للأمراض المعدية الحادة ، أكثر شيوعا بين الافراد الذين يتعاطون الكحول والذين يعانون من اصابة في المخ . واكlinيكيًا يظهر هذيان العدوى في تدهور الوعى حيث لا يعى المريض ولا يفهم أين هو

وماذا يدور حوله ، ولا يستجيب لمثيرات بيئته ، ويجب بصعوبة عن أسئلة عن هويته فقط ، كما تنتاب المريض الهلوس وخاصة البصرية منها وأحيانا خداعات . ففي الهذيان الذى يحدث مع مرض التيفوس ، والذى ينشأ عادة فى اليوم الثامن أو التاسع من المرض ، قد يحدث هذاء التوامية ، فيبدو أن المريض يرى صورة لذاته تماما تنام بجواره .

وهناك كثير من الاضطرابات النفسحسية التى لا يمكن فصلها عن هذيان العدوى . فتبدو الأشياء التى تحيط بالمريض مشوهة ، فتبدو الحوائط وأعمدة الابواب ملتوية والوجوه ممسوخة . وهناك أيضا اضطرابات مختلفة فى صورة الجسم ، فيشعر المريض بأن رأسه قد زادت أو نقصت فى الحجم ، وأن أطرافه قد زاد طولها أو نقص وأن نسانه قد زاد سمكا الخ . ويحدث كذلك سيل من الهلوس ، فيشعر المريض أن القثران تجرى فوق جسمه أو الحشرات تزحف عليه ، وأن معدته قد تحتوى سلكا أو حيات ، وأن عضلاته قد قطعت فأحدث بها جروحا وأن رأسه تحتوى ساعة تدق . ويؤدي كل هذا الإدراك الخاطئ إلى المخاوف والهياج الحركى ، فيحاول المريض أن يقفز من السرير ويجرى .

وقد يصاحب الأمراض المعدية طويلة الأمد ، اضطراب ذهاني أكثر شدة ، يتضح فى تدهور الوعى حيث يفقد المريض إدراك ذاته . كما لا يتسق تفكيره وكلامه ، وتوجد هلوس ، ويبدو على المريض الاجهاد والهياج الحركى البسيط . وتؤدي الأمراض المعدية وخاصة التى يطول المرض بها ، إلى مجموعة أعراض الوهن ، التى تتكون من الاحساس الزائد بالتعب والهزال ، وعدم القدرة على العمل العقلى ، والاثارة والبكاء .

العلاج : ويقوم علاج الاضطرابات الذهانية الناتجة عن الامراض المعدية على اساس علاج المرض الاساسى ونتائجه ، ولقد لوحظ انخفاض هذه الاضطرابات بوضوح منذ استخدام المضادات الحيوية . وينصح باستخدام المحلول الفسيولوجى ، او محلول الجلوكوز ، وتناول كميات كبيرة من السوائل والفيتامينات . وحيث ان ذهان العدوى يصاحبه اضطراب شديد فى النوم فيجب اعطاء المريض احد المنومات .

الاضطراب الذهانى المرتبط بالزهرى

لقد احتل الزهرى لفترة طويلة مكان الصدارة بين الامراض المعدية التى تؤثر على الجهاز المصبى . وتبعاً لاحصائيات مؤسسات الطب النفسى فى اواخر القرن التاسع عشر ولوائل القرن العشرين فان نسبة الاضطراب الذهانى نتيجة الاصابة بالزهرى كانت ٢٠ فى المائة من مجموع الذين يودعون فى المؤسسات ، واليوم لاتتعدى النسبة ٢ فى المائة وذلك بسبب اساليب العلاج الفعالة . ويؤدى الزهرى الذى يصيب الجهاز فى أطواره الاولى الى حالة من الاضطراب تعرف بوهن الزهرى ، وتتميز هذه الحالة باضطراب النوم والاستثارة وسهولة التعب وتبلى الذاكرة والصداع والغثيان . كما يؤدى الى ارتفاع درجة الحرارة وتضخم الكبد والطحال ، ويؤدى الزهرى فى طوره الثالث الى صور مختلفة من الاصابة اهمها :

زهرى المنخ والسحايا او الشلل العام وزهرى الأعصاب والسحايا والاعوية الدموية .

زهرى المنخ والسحايا او الشلل العام

كما يتضح من اسم المرض فان الاصابة تحدث فى السحايا والمنخ .

وتتضمن التغيرات الباثولوجية تغير لون السحايا ، ويزداد سمكها ، وضور تلافيف المخ وخاصة في الثلثين الأماميين منه ، واتساع البطينات واستسقاء المخ ليحل محل ما حدث من ضور . ويتكون الاستسقاء من زيادة كمية المسائل المخى الشوكى في البطينات وحول المخ . وتحدث الأعراض الأولى للشلل العام بعد العدوى بفترة تتراوح ما بين ٥ - ٢٥ سنة وعادة ما تتراوح ما بين ١٠ - ١٥ سنة .

الصورة الاكلينيكية : تظهر الصورة الاكلينيكية لهذا المرض في ثلاث مراحل :

المرحلة الأولى : حيث ينتاب المريض الصداع والضعف العام والتعب بسهولة ، كما ينعدم رد فعل انسان العين للضوء ويتعثر المريض في كلامه ، ويفقد القدرة على ملاحظة الاخطاء وفهم سببها ، كما يفقد القدرة على التحكم في سلوكه ، فيهمل قواعد وآداب السلوك فيصبح فظا وعيابا وغير متسق في كلامه .

المرحلة الثانية : يصبح الاضطراب في هذه المرحلة اكثر وضوحا ، فيفقد المريض القدرة على نقد سلوكه وسلوك الآخرين ويقوم بأفعال سخيفة لجذب الانتباه اليه ويهمل في ملبسه ويشبع حاجاته البيولوجية في الاماكن العامة ويتعامل مع الآخرين بغلظة . كما تتدهور الذاكرة ويظهر هذا التدهور أولا في ذاكرة الاسماء والتواريخ . ويظهر التدهور أيضا في نسيان المعلومات التي اكتسبت حديثا بينما يتذكر المعلومات التي اكتسبها من زمن بعيد . ولا يستطيع المريض مواصلة المحادثة مع الآخرين ، ويفضح

دون سبب ويأتى بملاحظات سخيفة . وفى هذه المرحلة تظهر أعراض
جسمية كصغر حجم انسان العين وعدم انتظامه ، وينعدم رد فعله
للضوء ، وارتعاش غير منتظم فى الوجه والشفاه واللسان مما يؤدى إلى
تعسر النطق ، وارتعاش اليدين وعدم توافق الحركات . وقد تحدث
نوبات صرع ، وشلل نصفى أو فقدان الكلام أو فقدان نصف الجال
البصرى . ومن الأعراض أيضا عدم التحكم فى البول وضيور العصب
البصرى مما يؤدى إلى العمى . كما يظهر القرع فى قصبه الساق والإقدام
ويسهل تهشم الأوعية الدموية والعظام . ويزداد عدد الخلايا فى السائل
المخى الشوكى حيث يصل ما بين ١٠٠ - ١٢٠ فى كل مم^٣ ، كما يزداد
محتوى السائل من البروتين فيصل إلى ٥ فى المائة مع زيادة كمية
الجلوبولينز .

المرحلة الثالثة : وتتميز هذه المرحلة بما يسمى هزال الشلل أى التدهور
الجسمى والنفسى حيث تسوء علاقة المريض مع الآخرين ، ولا يستطيع
التعرف على معارفه ، كما لا يستطيع أن يميز بين الأشياء الصالحة للأكل
من الأشياء التى لا تصلح . ويصبح قذرا ويتأهبه تقلص فى العضلات وهزال
جسمى شديد وقرح غرغرينية . وفى هذه المرحلة يموت المريض عادة من
نزيف فى المخ أو بعض الأمراض المعدية التى تنتاب المريض بسهولة .

زهري الأعصاب السحائي والأوعية الدموية

فى هذا النوع من المرض يهاجم الزهري السحايا والأوعية الدموية
المخية . وأهم تغيير باثولوجى هنا هو اتسداد الشعيرات الدموية مما
يسبب تلف المنطقة التى تغذيها .

(م ٧ - الطب النفسى)

الصورة الاكلينيكية : المظهر الاكلينيكي الشائع هو السكتة القلبية مما يؤدي الى الشلل النصفي و احيانا ترتبط بفقدان الكلام . و يظهر هنا أعراض اصابة المخ العضوية من اضطراب في الوعي والذاكرة واضطراب الوظائف العقلية كالتعليم والفهم والمعرفة واجراء العمليات الحسابية ، كما يظهر اضطراب الحكم و سطحية الانفعالات . وقد لانستطيع تعيين أعراض زهري الاعصاب السحائي والاعوية الدموية ، عن زهري المخ انسحائي ، ولكن الاطوار تنشأ بحدّة اكبر في زهري الاعصاب السحائي والاعوية الدموية كما يكون المريض اكثر بصيرة . ولا يشيع الارتعاش ، كما ان التنبؤ بمسار المرض احسن حالا مما يكون عليه زهري المخ السحائي اذا ما تم تشخيص الحالة مبكرا ، واعطى العلاج المناسب .

العلاج : علاج الاضطرابات النفسية التي تصاحب اصابة الجهاز العصبي بالزهري يقوم على التخلص من الميكروب المسبب للمرض . ولقد ادى استخدام المضادات الحيوية في السنوات الاخيرة الى نتائج فعالة . ويلزم الامر متابعة المريض بعد الشفاء لعددهم السنوات . وتتوقف نتائج العلاج اساسا على مدى تلف الجهاز العصبي قبل بداية العلاج . وبالإضافة الى علاج الاصابة بالزهري ، تعالج الاضطرابات النفسية بالعاقير المناسبة .

التهاب المخ الوبائي

يتسبب التهاب المخ الوبائي عن نوع من الفيروسات . ويتكون التغير الباثولوجي الذي يحدث في المرحلة الحادة للمرض من ظهور راشح خارج

الاوعية في المنع والاجهزة الداخلية الاخرى وخاصة الكبد . وتأخذ الخلايا العصبية في الانتفاخ ثم تضمر ، وقد تتلاشي ، الأمر الذي يؤدي الى ما يحدثه هذا المرض من اضطراب .

الصورة الاكلينيكية : يبدأ الالتهاب الحاد بالتبيلد والضعف والاكتئاب والصداع . وفي خلال ثلاثة ايام او اربعة يضطرب النوم حيث ينام المريض بالنهار ويستيقظ ليلا او قد ينام لا ينام ويتدهور الوعي . ومن الاعراض الذهانية التي تظهر في الفترة الحادة ، الهذيان واضطراب الحس كالاحاساس بفقدان الوزن ، وتشوه المظهر . وتتميز الهلوسات هنا عادة بالاحساس بالقلق والخوف . وقد ينتاب المريض اما حالة من الهياج الحركي او حالة من الذهول الكتاتوني . وتمتد المرحلة الحادة من اسبوعين الى ثلاثة اسابيع . وغالبا ما نعرف على المرض فقط في المرحلة الثانية مع الاعراض المزمنة . وبعد عدة اشهر او سنوات احيانا ، تبدأ اعراض المرحلة المزمنة في السوء تدريجيا . ومن الاعراض المبكرة لهذه المرحلة ، اضطراب النوم حيث لا يستطيع المريض أن يترك الفراش مباشرة عند الاستيقاظ كما لو كان جسمه مازال في حالة نوم . ثم يسوء الاضطراب فلا يستطيع المريض مقاومة النوم نهارا ، ولكن ينتابه الارق ليلا والاحساس بعدم الارتياح او السعادة . ثم تزداد الاضطرابات الانفعالية سوءا حتى ان المريض يأخذ في الضحك او البكاء دون وعي . كما تنشأ اضطرابات شديدة في المجال الحركي ، فتتدهور الحركات الدقيقة التي تتطلب درجة عالية من التوافق ويظهر الارتعاش حتى في حالات الراحة التامة . وبالإضافة الى ذلك يوجد جمود حركي عام ، وهبوط حركي ، واضطراب في حركة تقارب المقلتين . واذا طلب من المريض أن يؤدي حركتين في وقت واحد ، كان يخرج لسانه ويرفع

ذراعه ، فانه يستطيع ان يؤدى احدهما فقط . وتصبح الحركات الإرادية فجأة وغير دقيقة . ويصعب توافق الحركات لان مدى انقباض العضلات يصبح اما ضيقا جدا او متسعا اتساعا كبيرا ، فيكتب فى حروف دقيقة او عندما يحاول أن يصل الى شىء يمد يده ابعد مما يتطلب الامر . ويزداد التوتر العضلى فى هذه المرحلة ويزداد الجمود العام سوءا ، فيصبح وجهه جامدا ونظراته متفرسة ، مع انحناء مميز لراميه ، وتصبح الاذرع نصف مثناة ، وعند السير لا تتوافق حركات اذرعهم .

وتختلف الاضطرابات النفسية فى المرحلة الزمنية ايضا ، فينتاب المريض حالة من الاكتئاب العام يظهر فى بطء العمليات العقلية ، كما يصبح غير مهبال بأى شىء ، وأحيانا يظهر اهتماما زائدا بذاته فقط . ولا يقوم بدور فى امور أسرته ، ويفقد كل الاهتمام بمهنته وحياته العامة . وينتابه الاحساس بالمرارة وقليل ما يكون فى حالة مرح . وحيث ان المريض يكون فى حالة اكتئاب مستمر او فى حالة مزاجية من المرح الشاذ ، فانه يصبح فى حالة لا يتحمل معها المحيطين به فيصير عدوانيا ، وتزداد دوافعه فى شدتها حيث تزداد رغبته فى تناول الطعام والجنس . الخ . وعلى الرغم من أن الذاكرة لا تتدهور ، فان المرضى لا يستطيعون استخدام المعلومات التى اكتسبوها من قبل فى جمع معلومات جديدة او القيام بالاعمال اليومية بنشاط ، ويصبح المرضى فى معظم الاحيان وكان الخبل قد انتابهم .

ويؤدى التهاب المخ الوبائى عند الاطفال عادة الى التخلف العقلى . كما أنه قد يؤدى الى حالة من الديناميكية الزائدة ، بدلا من أن يصاب

الطفل باضطراب حركي ، وهذه الحالة تتميز بقلة الضبط والسلوك غير المنظم وعدم الاستقرار ، والازعاج ، وبهذا يصعب إبقاء أولئك الاطفال تحت السيطرة في الجماعة .

وهناك أيضا الاضطراب النفسي والذي يتميز بالاحساسات الخاطئة المختلفة . والاضطرابات الانفعالية تظهر في نوبات وبسهولة انارتها بالمؤثرات الخارجية ، ويؤدي ارتفاع درجة الحرارة أو البرد الخفيف أو الاجهاد الجسمي الى حدة المرض حيث ينتاب المريض احساس بفقدان الوزن وكبر حجم الاطراف والرأس أو الاحساس بأشياء غريبة في الجسم ، كالاحساس بوجود رجاج مكسور تحت الجلد ورمل أو تراب في الفم . وبالإضافة الى هذه الاعراض هناك الاكتئاب وافكار توهم المرض وهذات الاضطهاد والايماء . ويتراوح مسار المرحلة المزمنة من التهاب المخ السحائي ما بين التوقف والحدة . وتختلف مدة حدة المرض من عدة أيام أو اسابيع الى عدة اشهر . ومن الجدير بالذكر انه لا توجد فترة محددة بين المرحلة الحادة والمزمنة . فهناك حالات تتابع فيها المراحل دون فاصل زمني ، بينما توجد حالات لا تتتابع فيها المراحل بل يوجد بينها فاصل زمني قد يصل الى سنوات دون ان نكتشف أى اضطراب واضح . واخيرا قد تتطور الاعراض المزمنة الى صورة واضحة من الهزال الجسمي والعقلي تنتهي بموت المريض .

العلاج : ينصح باعطاء المضادات الحيوية ، وخاصة البنسلين في المرحلة الحادة . وفي نفس الوقت تعالج حالة التسمم باعطاء محلول الدولارجول بجرعات ٥ مليلتر في الوريد مرة واحدة في اليوم

ولمدة ١٠ - ١٥ يوما . وفي بعض الحالات نحصل على نتيجة طيبة باستخدام الالارجول ، حيث يذاب ٥٠ مليلتر من الالارجول في ٢ أو ٣ مليلتر من محلول فسيولوجي ويحقن المحلول في النخاع الشوكي بعد سحب ٢ أو ٣ مليلتر من السائل المخي الشوكي . وقد يعطى نفس العقار في الوريد أو العضل بجرعات من ٥ الى ١٠ مليلتر . ويمكن اعطاء الالارجول يوميا في الوريد أو في العضل ، ولكن يجب ألا يستخدم في النخاع الشوكي أكثر من مرة واحد كل خمسة أيام ، وفي المرحلة الحادة ينصح الكثيرون باعطاء جرعات من ١٠ مليلتر من محلول ١٠ في المائة من يوديد الصوديوم في الوريد .

وبعد الشفاء من المرحلة الحادة يلاحظ على المريض حالة من الضعف العصبي عادة حيث الضعف العام والبكاء والارق ، يعالج منها المريض بالعقاقير الموقية .

وتعالج المرحلة المزمنة بعقاقير ضد التصلب والجمود والارتعاش .

التهاب المخ في حالة الانفلونزا

مازال التهاب المخ نتيجة الانفلونزا غير معروف . فبالإضافة الى أن هناك حالات من التهاب المخ تصاحب الإصابة بفيروس الانفلونزا ، إلا أن هناك ما يدعو الى افتراض وجود نوع من الانفلونزا يصيب المخ مباشرة . ولهذا الالتهاب صور عديدة أكثرها حدوثا ، التهاب المخ النزيفي الحاد ، والتهاب المخ السحائي المنتشر ، والتهاب المخ السحائي المحدود . ويتلف التهاب الانفلونزا أساسا سحايا وقشرة المخ . وفي حالة التهاب المخ النزيفي تتأثر الأوعية الدموية في المخ فتتسع وتنزف ، وتتفج مادة المخ ويصبح لونها قرنفليا ، ويصير ملمسها رخوا . وفي حالة التهاب المخ

المنتشر ، يظهر استسقاء فى كل من السحايا ومادة المخ ، وقد لا يحتوى الراشح على خلايا ، أو قد يحتوى على عدد قليل من خلايا البلازما وكريات الدم البيضاء . وتحدث نفس التغيرات فى حالة التهاب المخ السحائى المحدود ، ولكن يتركز الالتهاب عادة فى كل من الفص الصدغى والجدارى .

الصورة الكلينيكية

التهاب المخ النزفى الحاد : يبدأ المرض بأعراض تشبه أعراض الأنفلونزا من ضعف عام ، وقشعريرة واحساسات بعدم الارتياح فى مختلف أجزاء الجسم وخاصة فى المفاصل الصغيرة ، والتهاب القنوت الهوائية العليا . ويكثر حدوث الصداع هنا عن حدوثه عادة فى حالة الأنفلونزا . وقد لا يوجد ارتفاع فى درجة حرارة الجسم . وبعد أسبوع تقريبا من ظهور العلامات الأولى للأنفلونزا يصاب المريض بالأرق والاحساس بالقلق والخوف والهلاوس الحسية والسمعية . ومن الأعراض المميزة الهياج الحركى الشديد . وفى البداية يبدو الهياج الحركى وكأنه ذو هدف حيث يقوم المريض بالدفاع عن نفسه ضد الخطر الذى يتخيله نتيجة لمخاوفه وهلاوسه فيحاول الجرى بعيدا . ثم يتطور عدم الاستقرار الحركى الى حركات زائدة غير ارادية فجأة . ومع تقدم المرض تسوء الحركات الزائدة ويضطرب الوعى الى درجة الغيبوبة .

وكثيرا ما ينتهى هذا النوع من الالتهاب بموت المريض فى فترة ما بين ٧ - ١٠ أيام .

التهاب المخ المنتشر : يشبه هذا الالتهاب إكلينيكيًا التهاب المخ النزفى الحاد ولكنه يختلف عنه على أية حال ، فى كون مساره حسنا حيث ينتهى عادة بالشفاء . والاكثاب والقلق أعراض مميزة لهذا

الالتهاب ، بالإضافة الى العلامات العصبية العامة من اضطرابات بصرية حركية وصداع وقىء . وينشأ بعد ذلك اضطراب في تفسير ما يحيط بالمريض كما يشكو من اتجاهات عدوانية نحوه ممن يتعامل معهم . وتتأهب أفكار بالموت . ويصاحب الأفكار الهدائية هذه الهلوس السمعية والبصرية .

التهاب المخ السحائي المحمود : يبدو ان هذا الالتهاب اكثر اضطرابات المخ حدوثا بعدوى الأنفلونزا . ولا يلاحظ على المريض علامات أكثر من العلامات العادية للأنفلونزا . ويعقب توقف المظاهر الحادة ظهور أعراض اضطراب في القشرة المخية والتي يخفيها عادة العلامات الاكلينيكية العامة للأنفلونزا . وفي حالة الاطفال يأخذ الالتهاب غالبا الصورة النفسحسية التي تتميز بنشأة المرض الفجائية مع زيادة ارتفاع درجة حرارة الجسم حتى تصل الى ٣٩ درجة مئوية في خلال اسبوع . وبالإضافة الى ذلك ينتاب المريض الصداع الشديد ، والغثيان والقيء وأعراض التهاب القنوات الهوائية كالزكام والكحة ، وايضا التهاب اللوزتين وغيرها من الأحاساس المؤلمة وخاصة في البطن . وتؤخذ هذه الأعراض على أنها الأعراض العادية للأنفلونزا . وفي ذروة المرحلة الحادة للمرض يوجد اضطراب في الوعي ونوبات من الهلوس البصرية . كما يشكو المريض من إحساس بالسواد أو الضباب أو الدخان امام عينيه ، وتوهّم فقدان الوزن وتخرج الأرض وتشوه شكل الأشياء .

العلاج : يقوم العلاج على استخدام البنسلين بحقن في العضل بجرعة ١٠٠.٠٠٠ وحدة ست مرات خلال اربع وعشرين ساعة . وتستخدم كذلك المنومات والمهدئات . وبعد علاج البنسلين يعطى محلول ٤٠ قى المائة من اليوروتروبين مع كميات صغيرة من الجلوكوز وفيتامين ج .

التهاب المخ في حالة الحمى الروماتزمية

لوحظ وجود حالات من التهاب المخ تصاحب روماتزم المفاصل حيث يظهر على المريض الاكتئاب والخوف وعدم الاستقرار الحركي . كما أن هناك حالات من التهاب المخ تنشأ لا كمضاعفات للاصابة بروماتزم المفاصل ولكن عن اصابة مباشرة للمخ .

الصورة الاكلينيكية : يظهر التهاب المخ نتيجة الحمى الروماتزمية بأعراض تتضمن سرعة الاستثارة وعدم القدرة على بذل المجهود لمدة طويلة مع الصداع والدوخة واضطراب النوم وفقدان الشهية وعدم تحمل الأصوات العالية والضوء الساطع . كما تظهر اضطرابات حركية من حيث التبطء والأرتباك وصعوبة الأداء ، وأحيانا جمود الحركة . وتتضمن الاضطرابات الحسية اضطراب الإدراك البصري والمكاني . وفي المجال الانفعالي يشيع الاكتئاب وعدم الاستقرار الانفعالي . ويتميز المرض بمسار حسن ، ولكن هناك حالات تزول فيها الاعراض الاساسية التي سبق أن ذكرناها وتظهر أعراض تتضمن المخاوف وردود الفعل انهستيرية ونوبات صرع .

العلاج : يقوم العلاج على استخدام الساليسيلاتس والبيراميدون والمضادات الحيوية وخاصة الاستربتوميسين والبنسلين ، كما يعطى فيتامين ج في جرعات كبيرة . بالإضافة الى الثومات والمهدئات .

الاضطراب الذهاني المرتبط بأمراض أخرى في المخ

الاضطراب الذهاني في حالة تصلب شرايين المخ

تصلب الشرايين مرض شائع يتميز بزيادة سمك جدران الشرايين وصلابتها وفقدان مرونتها فيضيق مجرى الدم مما يؤدي إلى نقص كمية الدم التي تصل إلى المنطقة التي يغذيها الشريان ، فتبدأ خلايا المنطقة في التدهور والضمور . وجدير بالذكر أن تغيرات تصلب الاوعية الدموية لا تحدث بدرجة واحدة ، ففي بعض الحالات توجد تغيرات شديدة في الاوعية الدموية في قاع المخ ، بينما لا تتأثر الاوعية داخل الجمجمة ، كما لا يحدث التغير في الاوعية الدموية ذاتها بنفس الدرجة ، فيختلف تأثير جدرانها بدرجات مختلفة على امتداد طولها . وأحيانا تتأثر الاوعية الكبيرة ، وأحيانا أخرى تتأثر الاوعية الصغيرة .

الصورة الاكلينيكية : تختلف السن التي يظهر فيها تصلب

الشرايين كثيرا ، ولكنه يظهر عامة ما بين ٥٠ - ٦٥ سنة . وتبدأ أعراض الإصابة بتصلب الشرايين بالاحساس بالاجهاد والاستثارة وقلة النوم والصداع والدوار . كما نلاحظ على المريض عدم الاستقرار الانفعالي والقلق والاكتئاب . وبالإضافة إلى هذه الاضطرابات يشكو المريض من النسيان وخاصة الأسماء والتواريخ والأرقام . وعدم تناسق الكلام . وتكون حالة المريض عرضة لتغيرات واضحة أثناء اليوم ، فقد يشعر بالمرض في فترة الظهيرة ولا يستطيع مقاومة النوم الذي يعتريه ، بينما يشعر في المساء باليقظة والتحسن . ويتطور المرض تزداد شدة عدم الاستقرار الانفعالي ، واضطراب الذاكرة والانتباه ، والاكتئاب وتوهم المرض . كما يظهر المريض اندفاعية وعدوانية في سلوكه ، فيصبح غير

محتمل في البيت والعمل . ويتشكك في أصدقائه وأقاربه ويهمس في مظهره وملابسه . وتتضح هنا أيضا الهلاوس وهذات الاضطهاد . ويفقد المريض القدرة على فهم ما قد يستخدم في الحديث من مجاز ، وعلى ملاحظة الفرق بين المفاهيم المتشابهة ، كما يفقد القدرة على تقييم المواقف . وجدير بالذكر أن نشير الى ان نوبات الهذيان وفقدان الوعي انتى تحدث في المرحلة المتطورة من مرض تصلب الشرايين ، تشبه حالات التهويم في الصرع مع الاشارة وفقدان الوعي بالزمن والمكان . وفي بعض الحالات تظهر هذه النوبات بعد اعراض منفرة من اللفظ او الصداع او احمرار الوجه .

العلاج : يلزم تنظيم حياة المريض بالابتعاد عن الاعمال المجهدة جسديا ونفسيا مع الاهتمام بالترويع والراحة ، والتغذية . واعطاء المريض العقاقير المضادة لضغط الدم المرتفع ، والعقاقير المضادة لاعراض الاضطرابات النفسية التي يعاني منها المريض . كما يجب الاهتمام هنا بالعلاج النفسي لما له من فاعلية في علاج الاضطرابات النفسية التي تصاحب مرض تصلب الشرايين .

الاضطراب الدهاني المرتبط بضغط الدم المرتفع

نلاحظ في حالة ضغط الدم المرتفع اضطراب وظيفة القلب والوعية الدموية ، وتدهور تكوين جدران الاوعية الدموية حيث تأخذ الاوعية الشفيرة شكلا حلزونيا مع وجود اتساعات فيها ، كما تتمزق جدرانها مما يؤدي الى النزيف . وهذا بدوره يؤدي في المنح الى تدهور الخلايا ونوصلات العصبية .

الصورة الاكلينيكية : تمر الاعراض التى تظهر مع ارتفاع ضغط الدم فى ثلاثة مراحل :

المرحلة الاولى : حيث يشكو المريض من الدوخة والصداع وتقط متوهجة امام العينين والتعب بسرعة ، مع الانارة والاكتئاب والتارق . وينمو لدى المريض افكار عن توههم المرض والخوف من الموت المفاجيء او المضاعفات الشديدة .

المرحلة الثانية : فى هذه المرحلة يثبت ضغط الدم المرتفع الى حد ما ، وقد يتذبذب ولكنه لايعود عادة للمستوى العادى . ويحدث هنا تغيرات ثابتة فى عضلات القلب وفى شرايين الكليتين والمخ . كما تتميز هذه المرحلة بانقباض الاوعية مما يؤدى الى الدوخة المفاجئة ، وزيادة الصداع ، والاعياء واضطراب الكلام . وقد ينشأ حالات هوس وهياج حركى . ومخاوف وفقدان الذاكرة .

المرحلة الثالثة : وفيها توجد زيادة ثابتة فى ضغط الدم ، ويؤدى تصاب الشرايين الصغيرة الى اضطرابات واضحة فى الاجهزة والانسجة التى تغذيها ، كما تضطرب كفاءة الشرايين التاجية . وقد يحدث ايضا اضطراب فى وظيفة الكلية يصل الى حالة اليوريميا .

وفى هذه المرحلة تحدث الصدمات المخية مما يؤدى الى تدهور الخلايا والوصلات العصبية . ويصاحب ارتفاع ضغط الدم ازمات : قد تكون بسيطة او شديدة . فالازمة البسيطة قد تستمر من عدة دقائق الى ساعتين او ثلاث ، وتنشأ فجأة ، وفيها يتغير لون وجه المريض وينتابه الصداع الحاد والدوخة ، وتقل حدة ابصاره ، ويصبح فى حاجة ملحّة دائما الى التبول ، كما ينتاب المريض امراض من القلق والخوف

وفقدان الذاكرة . اما الازمة الشديدة فتستمر عادة من عدة ساعات الى اربعة أو خمسة أيام . ويشكو المريض من الاحساس بثقل في الراس وصداع حاد مع الغثيان والقيء . وينتاب المريض الصمم عادة . والاعراض المميزة لهذه الازمة قلة نشاط القلب والاحساس بالام في المنطقة التي تحيط به ويظهر مع الازمات الشديدة نوبات من الهوس والهذيان . وهذه الازمات المصاحبة لارتفاع ضغط الدم تحدث نتيجة لرد فعل سمبثاوى - ادرينالينى فجائى يصاحبه انقباض في الاوعية الدموية وارتفاع سريع في ضغط الدم .

العلاج : وتبعا للقول الذى يذهب الى تأكيد اهمية العوامل البيئية في نشأة الضغط المرتفع ينصح المريض بتجنب الاجهاد والاستشارة واتباع نظام من العمل يسمح بالقدر اللازم من الراحة ، وكذلك الاهتمام بالتمارين الرياضية والتغذية وانتظام عملية الاخراج . ففى هذا كله تقوية للجهاز العصبى مما يكون له اثره في تجنب ارتفاع الضغط كما يكون له اهمية في العلاج .

ولعلاج ارتفاع ضغط الدم تستخدم العقاقير المضادة لضغط الدم المرتفع . كما يعطى المريض العقاقير المناسبة للاضطرابات النفسية التى قد يعاني منها .

الاضطراب الذهاني المرتبط بالصرع

الصرع مفهوم يطلق على طائفة من الامراض والاعراض الجسمية والنفسية ترجع كلها برغم اختلافها الى نوبات من اضطراب نشاط بعض اجزاء المخ ، يظهر فى هيئة تغير كيميائى وفى هيئة جهد كهربى غير سوى ، وينتشر فى موجات مثيرة يمكن تسجيلها برسام المخ ، وتنتشر

هذه الموجات من البؤر التي تنبعث منها الى اجزاء مختلفة من المخ . وتوقف الصورة الاكلينيكية لنوبة الصرع على البؤرة التي تنبعث منها تلك الموجات المثيرة وشدها ومدى انتشارها . وتظهر الاعراض عادة في صورة نوبة تأتي فجأة وتكرر على فترات متقاربة او متباعدة ، ولكن الموجات الشاذة قد تظهر احيانا بدرجة ضئيلة فيما بين النوبات حيث يمكن تسجيلها برسام المخ ، وان كانت لا تؤدي الى ظهور اعراض واضحة . ولما كانت الصورة الاكلينيكية للصرع تتوقف على اجزاء المخ التي تشملها الموجات المثيرة ، فقد يبدو الصرع في مظاهر عديدة من حسمية ونفسية . وينقسم الصرع من حيث اسبابه الى :

- ١ - الصرع الاولى او الذاتي : حيث لا يتضح السبب ، بل قد يرجع الصرع الى انخفاض عتبة اثاره جزء المخ الذي تشملها الموجة المثيرة .
- ٢ - الصرع العرضي او الثانوى : وهنا يكون السبب العضوى واضحا والصرع عرض له . والاسباب التي تؤدي الى الصرع العرضي قد تكون داخل الجمجمة او خارجها .

وتشمل اسباب داخل الجمجمة :

- ١ - الامراض التي تشغل حيزا ، كاورام المخ والدمامل .
- ب - امراض الاوعية الدموية ، كأمراض اووعية المخ الحادة والمزمنة ، وارتفاع ضغط الدم وجلطة المخ .
- ج - اصابة المخ ، وتشمل اصابات الميلاد التي يكون لها آثارها في المخ وضووره .

د - الامراض المعدية ، كزهرى السحايا وزهرى المخ ، والتهاب
السحايا والمخ .

هـ - امراض التدهور كخبل ما قبل الشيخوخة .

بينما تشمل اسباب خارج الجمجمة :

ا - نقص الاكسجين فى انسجة المخ ، بسبب القلق او الاختناق او
التسمم بأول اكسيد الكربون .

ب - اضطرابات التمثيل الغذائى ، كاليوريميا ، ونقص السكر فى
الدم ، وهبوط الكبد .

ج - السموم كالكحول والكوكايين والرصاص والانيه .

د - اسباب غير محددة كالنوبات التى ترتبط بالتنسج، والحميات
فى الطفولة .

هـ - التشنج النفسى .

وبالاضافة الى الاسباب التى تؤدى الى الصرع ، هناك اسباب تثير
النوبة وعلى ذلك تسمى بالاسباب المثيرة للنوبة ، كالتعب والاستشارة ،
والملل وتناول طعام غير ملائم ، وتعاطي كميات كبيرة من الكحول
والمثيرات الحسية والاضاءة الساطعة والقراءة والجماع الجنسى .
ولكيمياى المخ التى ما زلنا لا نعلم الا القليل منها : اثر على قابلية المخ
للانارة . فقد وجد ان بالمخ مادة تسمى حامض الجاما - امينوبوتريك
تزيد من مقاومة الجهاز العصبى للانارة ، ولولا هذه المادة لكان اى منبه
حتى كافيا لانارة المخ للدرجة احداث نوبة صرع ، وعلى العكس فان
زيادة مادة الاستيل كولين قد تزيد اثارة بعض اجزاء المخ للدرجة احداث
نوبة صرع . وهناك مظاهر عديدة للنوبة ، فمظاهر النوبة الحسية
تتضمن احساسا بالالتهاب او فقدان الاحساس فى اجزاء مختلفة من

الجسم ، وقد تتركز هذه الاحساسات في موضع محدد او تنتشر من نقطة البداية في اتجاه محدد . وتظهر مظاهر النوبة البصرية في رؤية دوائر او نقط حمراء امام العينين ، والعمى المؤقت ، وأحيانا تبدو الاشياء من حول المريض حمراء ، وعلى ذلك يظهر كل شيء من حول المريض وقد شبت فيه النار او غطي بالدم . وغالبا ما تأخذ مظاهر النوبة البصرية صورة مسخ الاشياء ، فيصبح شكل الناس مخفا ، كما تبدو المباني في اوضاع مائلة . وتتضمن مظاهر النوبة السمعية سماع اصوات رنانة او طلاقات مدافع او انغام موسيقية او صراخ طفل او تهديدات او اوامر نهى . ومن مظاهر النوبة النفسحية الاحساس بكبر او صغر حجم جسم الفرد ذاته ، او اجزاء منه ، بالإضافة الى الاحساس بالدوار والفتيان او القوي . وهناك أيضا مظاهر شمعية وتذوقية وغالبا ما تصاحب مظاهر النوبة السمعية والحسية . فيشكو المريض من شم رائحة كريهة ، وبحس بطعم لاذع او ملحي او مر او حلو في الفم .

ومن المظاهر الحشوية للنوبة خفقان القلب والاضطرابات الدموية من اصفرار واحمرار وصعوبة التنفس والاحساسات غير السارة في المعدة حيث الفتيان والقيء والاضطرابات المعوية من احساس شديد بالجوع والعطش والرغبة الملحة في التبرز والتبول . وتشمل المظاهر انحركية للنوبة اختلاج العضلات ، والتشنجات والجري الى الامام دون هدف .

وهناك المظاهر النفسية للنوبة التي غالبا ما يصاحبها بعض المظاهر الاخرى حيث ينتاب المريض الاحساس بالخوف والقلق او على النقيض من ذلك الاحساس بالسعادة والهدوء .

ويغلب أن تفاجئ النوبة المريض ، ولكن هناك حالات يحس فيها المريض قبل النوبة بقليل أو بعدة ساعات أو أيام ببعض الأعراض التي تنبئه بقرب حدوث النوبة كالتوتر أو الاكتئاب أو الصداع أو اضطراب صحة المريض عامة . وتعرف هذه الأعراض بالذير الصرعى .

ويظهر الصرع في صور اكلينيكية مختلفة منها :

الصرع الكبير

في هذا النوع من الصرع نستطيع ان نفصل النوبة الى ثلاث مراحل :

المرحلة الاولى : وتسمى المرحلة التوترية وفيها يفقد المريض شعوره ويسقط فجأة على الارض في حالة تصلب . وقد تخرج من المريض صرخة غير ارادية نتيجة تقلص عضلات الحلق والتنفس ، كما يظهر هذا التقلص في الوجه والجذع والاطراف . وتستمر هذه المرحلة من ٥ - ٤ ثانية .

المرحلة الثانية : وتسمى المرحلة التواترية وتحدث فيها تشنجات يتناوب فيها تقلص العضلات وارتخاؤها بسرعة زائدة . ويزرق الجلد نتيجة توقف التنفس ، وقد يعض المريض لسانه ويظهر اللعاب في هيئة رغوة من الفم . وقد ينساب البول أو البراز أو يقذف المريض بعض السائل المنوي . وتستمر مرحلة التواتر من ٤٠ - ٦٠ ثانية .

المرحلة الثالثة : حيث تأخذ الحركات التواترية في الزوال تدريجيا فيأخذ المريض في الاسترخاء ويعود اليه تنفسه ويفيق من غيبوبته بالتدريج بعد دقائق أو ساعات . وقد تمر حالة الغيبوبة مباشرة الى نوم عميق يستمر لعدة ساعات قبل أن يعود المريض الى شعوره ، وفي (م ٨ - الطب النفسي)

بعض الحالات يستعيد المريض شعوره قبل النوم . وقد ينتاب المريض بعد النوبة اعراض من الاضطراب النفسى - فيضطرب الشعور ويقوم المريض بأعمال تلقائية غير ارادية وغير شعورية تسمى بالإعمال التلقائية التى تعقب الصرع ، كما ينتاب المريض القلق أو الافكار الاضطهادية أو الهلوس أو يصبح علوانيا .

وفى حالات نادرة ينتاب المريض نوبات صرعية متكررة أو متلاحقة، بل فى بعض الحالات تتلاحق النوبات بحيث لا يكاد المريض يفيق من نوبة حتى يدخل فى أخرى . وتسمى هذه حالة صرعة مستمرة أو صرع متواصل . وهذه حالات لها خطورتها على حياة المريض وتتطلب علاجاً سريعاً .

العلاج : يجب تشجيع المريض على أن يحيا حياة هادئة كلما أمكن ذلك ، وتجنب المواقف الخطرة كالعمل فى الأماكن المرتفعة وقيادة السيارات والسباحة . وأثناء النوبة وفى مرحلة التواتر قد يساعد وضع قطعة من القماش فى جانب من الفم على تجنب عض اللسان . كما يفيد كذلك وضع المريض على جنبه وسحب الفك السفلى الى الأمام .

ومن حيث العلاج الطبى فيجب أن يستمر العلاج لمدة سنتين بعد توقف النوبات . وعند استبدال العقار بمقار آخر ، فيجب تقليل جرعة العقار الاول بالتدريج قبل استبداله ، على أن تزيد جرعة العقار الجديد بالتدريج أيضا . والجرعة اللازمة للعلاج يجب أن تكون بأقل كمية ممكنة تتناسب والسيطرة على الحالة .

ومن العقاقير الفعالة ضد التشنجات عقار الغينوباريتون ويعطى بجرعة ٦٠ - ١٠٠ مليجرام مرة أو مرتين فى اليوم . وعقار البريميديون

ويعطى مبدئياً بجرعة ٢٥٠ مليجرام وقت النوم ، ثم تزيد الجرعة تدريجياً . ومن مضاعفات البريميدين الدوار واختلاج الحركات الإرادية وعدم تأزرها وازدواج الابصار وطفح الجلد ، والاليميا ونقص كرات الدم البيضاء . وعقار الديلاتين ذو فاعلية في علاج الصرع الكبير ويعطى بجرعة ٦٠ - ٢٠٠ مليجرام ٣ مرات يوميا . ومن مضاعفاته القيء ، والتهاب الجلد الذي قد يصاحبه ارتفاع في درجة الحرارة ، وتورم اللثة ، ونقص الصفائح الدموية ، ومن المضاعفات أيضا الاكتئاب وتدهور الوظائف العقلية وذهان يشبه الفصام ، والتهاب الاعصاب الطرفية الذي يظهر في حالات نادرة بعد عدة سنوات من تعاطي العقار . ومن المضاعفات غير الشائعة انتفاخ الغدد الليمفاوية والكبد والطحال ، ونشأ عند استعمال العقار .

ومن العقاقير المستخدمة عقار الميثيون ولكن ما يحدثه من مضاعفات على نخاع العظم والكبد يحد من استعماله ، فيقتصر على الحالات التي لا تستجيب للعقاقير الأخرى ويعطى بجرعة ٥٠ - ١٠٠ مليجرام ٣ مرات يوميا . وعقار الكاربامازين الذي يستعمل في تكمة فاعلية العقاقير التي تثبت أنها غير مناسبة ويعطى بجرعة ١٠٠ - ٢٠٠ مليجرام وقت النوم . ومن مضاعفاته الطفح الجلدي والدوخة وجفاف الحلق واضطراب الجهاز الهضمي والصفراء والاليميا .

الصرع الكبير التواصل

في هذا النوع من الصرع تتتابع النوبات الكبيرة فلا يفصلها بعضها عن بعض إلا دقائق أو ساعات ، ولا يفيق المريض تماما ، ولكن يبقى في حالة ارتباك بين النوبات . وهي حالة خطيرة إذا لم يعالج منها المريض ، حيث تتباه غيبوبة وتصل درجة حرارته الى ٤١ درجة مئوية .

العلاج : يلزم إيقاف التوبات باعطاء المريض الغاليوم بجرعة من ١ - ٢ مليجرام لكل سنة من عمره بحد أقصى ١٠ مليجرام في الوريدان المضل ، وتكرر الجرعة اذا لم تتوقف النوبة . ويشيع أيضا اعطاء الديلانين بجرعة ٢٠ - ٣٠ مليجرام لكل سنة من عمره بحد أقصى ٢٥٠ مليجرام في الوريد . كما يستعمل فينوباريتون الصوديوم بجرعة ٢٠٠ مليجرام في المضل ، ومحلول ٥ في المائة من اميلوباريتون الصوديوم بسرعة ١ سم^٢ في الدقيقة في الوريد حتى تتوقف النوبة او حتى يصل ما تعطيه للمريض ١٠ سم^٢ ، وعقار البارالدهيد بجرعة ١ سم^٢ في المضل ، ويمكن كذلك اعطاء محلول ٢٥ في المائة من الثيوبنتون في الوريد حتى تقف التشنجات . وبمجرد السيطرة على التشنجات ، واستعادة المريض لشعوره ، يمكن ان يقوم العلاج على عقاقير ضد التشنج من طريق الفم .

وإثناء الصرع المتواصل يجب التأكد من سلامة التنفس ، فأكسجين يساعد على خفض ما قد يحدث من اختناق في أنسجة المخ فيساعد على السيطرة على التوبات . وفي الحالات النادرة قد يلزم الامن اجراء جراحة في القنطرة الهوائية .

الصرع الصغير

لا تعتمد هذا الصرع فقدان الشعور لبضع ثوان ، او قد تصحبه اختلاجات بسيطة في الوجه والأطراف . وإثناء النوبة يتوقف المريض عما يقوم به من افعال ، كان يقف عن المشي والكلام فجأة ، كما يجثو بعينيه وينظر الى أعلى . وبعد النوبة يواصل المريض ما كان يقوم به من فعل ، كما انه قد لا يمي بما حدث . واحيانا قد يصل عدد التوبات الى مائة

نوبة في اليوم . وينتاب الصرع الصغير اساسا الاطفال ، وفي المراهقة قد تختفى الحالة او يحل محلها نوبات من الصرع الكبير .

العلاج : يقوم العلاج على اعطاء المريض الترايدون او الباراديون بجرعة ٣٠٠ - ٦٠٠ مليجرام ٣ مرات يوميا . ومن مضاعفات هذين العقارين ، عدم قدرة المريض على تحمل الضوء الساطع ، والطفح الجلدي والانيما واضطراب الكلى بالاضافة الى ان هذين العقارين يؤديان الى نوبات من الصرع الكبير ، الامر الذي يمكن تجنبه باستعمال الفينيتيون حيث يكفي منه جرعة في الليل . كما يستعمل عقار الزارونتين الذي يؤدي ايضا الى نوبات من الصرع الكبير التي يمكن السيطرة عليها باستعمال العقار المناسب ، ويعطى المريض كبسولة ٢٥٠ مليجرام يوميا لمدة اسبوع ، ثم ٢ كبسولة يوميا في الاسبوع الثاني ، وهكذا تزيد الجرعة اليومية بمقدار كبسولة كل اسبوع حتى تظهر الاعراض الجانبية او الى ان تصل الجرعة من ٦ - ٨ كبسولة يوميا . وعادة ما تكون الجرعة من ٤ - ٦ كبسولة يوميا . وتشمل مضاعفات عقار الزارونتين نوبات الصرع الكبير ، وفقدان الشهية والغثبان والقىء والطفح الجلدي ، ونقص خلايا الدم . ومن العقاقير المستعملة ايضا الميلونتين والسيلونتين ويستعمل عقار الدياموكس كمساعد لعقاقير الترايدون والباراديون والزارونتين والميلونتين والسيلونتين عندما لا تكون هذه العقاقير غير فعالة بمفردها . ويعطى بجرعة ٢٥٠ مليجرام ٣ مرات يوميا . وتشمل مضاعفاته الحساسية الزائدة وفقدان الشهية ، واضطرابات بسيطة في الجهاز الهضمي والدوخة والارتباك والصداع .

نوبات اختلاج العضلات وعدم الحركة

يرجع اختلاج العضلات الى استثارة النبرونات . وتتكون النوبات من اختلاجات فجائية في اجزاء الجسم المختلفة وخاصة الاطراف . وقد

يصاحبها نوبات من عدم الحركة والاسترخاء حيث تفقد العضلات توترها فجأة مع تغير الشعور . وإذا كان المريض في حالة وقوف فإنه يسقط على الأرض . وقد ينتاب المريض أيضا نوبات كبيرة .

العلاج : عقار البريميدين ذو فاعلية في علاج هذه النوبات .

النوبات الوضعية أو البؤرية

وعلى النقيض من النوبات العامة التي تظهر في الصرع الكبير والصرع الصغير ونوبات اختلاج العضلات وعدم الحركة التي تنشأ فيها البؤرة المثيرة في المادة السنجابية في قاعدة المخ وفي جذع المخ العلوى ، والتي يحدث فيها تغير الشعور ، فالنوبات الوضعية تبدأ فيها البؤرة المثيرة في جزء من القشرة كما أن المريض لا يفقد شعوره . وتتوقف الاعراض التي تظهر في الصرع البؤرى كلية ، على منطقة القشرة التي تبدأ فيها نبؤرة المثيرة . وعلى ذلك فالنوبات التي تنشأ في المنطقة الحركية من القشرة ، قد تؤدي الى حركات في أحد الاطراف أو جزء منه ، والنوبات هنا تواترية في طبيعتها . والنوبات التي تنشأ في المنطقة الجسممحسية قد تؤدي الى حساسية زائفة . والاضطراب الذي يحدث في المنطقة القذالية من القشرة قد يؤدي الى تدهور الابصار ، وإذا تأثر الفص الصدغى المجاور كذلك فإنه قد يحدث هلاوس بصرية واضحة ، ونوبات الفص الامامى من القشرة قد تؤدي الى اقحام الافكار وادارة الرأس والعينين . وجدير بالذكر ان البؤرات المثيرة كثيرا ما تنشأ في الفص الصدغى وما يرتبط به من تكوينات ، مما يؤدي الى ما يعرف بصرع الفص الصدغى . وقد تبقى البؤرات المثيرة في موضعها أو تهجد الى المناطق المجاورة من القشرة حيث ينشأ ما يسمى بنوبة جاكسون . وإذا

امتدت الاثارة الموضعية الى جذع المخ العلوى فانها تؤدي الى نوبة الصرع الكبير .

صرع جاكسون

تبدأ نوبة صرع جاكسون عادة في طرف الفم او ابهام اليد او القدم ، وقد تظل الاثارة موضعية فلا تمتد الى اجزاء أخرى حتى تنتهى النوبة بعد قليل ، او قد تمتد الى اجزاء أخرى او تمتد الى اجزاء الجسم جميعه وتصبح نوبة صرعية كبيرة ، ولا يفقد المريض شعوره الا اذا امتد التشنج من احد نصفي الجسم الى الآخر ، وفي بعض الحالات يعقب هذه النوبة خذل في بعض العضلات التي تناولها التشنج ، ويسمى خذل نود ويستمر لفترة قصيرة .

صرع الفص الصدغى

تكون نوبات الفص الصدغى ما يقرب من ثلث كل انواع النوبات ، ويرجع ذلك الى سهولة اصابة الفص الصدغى مما يؤدي الى البورات الصرعية . واصابة الفص قد يسببها تعثر عملية الولادة ، واصابات الراس والامراض المعدية عن طريق الاذن الوسطى ، واضطرابات الاوعية الدموية والاورام التي يمكن ان تؤثر في اى جزء من المخ .

واعراض صرع الفص الصدغى تختلف فيما بينها كثيرا حيث تتوقف الاعراض على منطقة الاثارة ، فقد يحدث عرض او اكثر من الاعراض التالية :

١ - احساسات في البطن : تعتبر هذه الاحساسات عادة كنذير صرعى للصرع الكبير ولكنها تعتبر نوبة موضعية حيث يحس المريض

باحساس غير سار في المعدة يمتد الى الصدر والزور . وقد يصاحب هذا احساس زائف في الفم والشفتين .

٢ - تغيرات في الادراك : فقد تبدو الاشياء اصغر أو أكبر من حجمها ، كما تبدو الاصوات عالية أو خافتة .
٣ - الهلوس : وهذه الهلوس قد تكون شمية أو تذوقية أو بصرية أو سمعية .

٤ - تغير الالفة : فقد ينشأ لدى المريض احساس بالالفة لبيئة غير معروفة له ، أو يحس بعدم الالفة لبيئة يعرفها من قبل .
٥ - تغير التفكير : فقد ينتاب المريض ما يعرف بالتفكير المقحم حيث تقتحم شعوره فكرة أو كلمة أو عبارة أو قطعة موسيقية .
٦ - الحالات الحالة : وهي احساسات غير واقعية .

٧ - التلقائية الاولى : فقد يأتي المريض بمجموعة من الافعال التلقائية حيث تضطرب ارادته ويصدر عنه نشاط تلقائي على الرغم من ارادته .

٨ - الاضطرابات الانفعالية : حيث ينتاب المريض الخوف والقلق أو السرور والنشوة ، وقد ينتابه ايضا احساس بالاكتئاب والبارانويد . وقد يوجد خليط من هذه الاحساسات التي يندر أن تستمر لأكثر من بضعة دقائق . ولكن ذكر أن هناك بعض حالات يستمر فيها الاكتئاب لأكثر من أسبوعين .

علاج الصرع الموضعي : تستعمل عقاقير علاج النوبة الكبيرة و السيطرة على النوبات الموضعية . وتشمل هذه العقاقير الفينوباربيتون والبريميدون والفينيتيون ، وبالإضافة الى استعمال عقار السيالونتين في علاج نوبة الصرع الصغير فإنه يكون ذا فاعلية أحياناً في السيطرة على

نوبات القشرة الموضعية . كما ان عقار الاسيولوت له دوره الاساسي في علاج الصرع الموضعي بجرعة ١٠٠ - ٢٠٠ مليجرام قبل النوم أو ٣ مرات يوميا . وتشمل مضاعفاته اضطرابات في الجهاز الهضمي والصداغ والحساسية الزائفة والدوخة والارتباك . وبالإضافة الى العلاج بالعقاقير هناك العلاج بالجراحة ويقوم على ازالة البؤرة الباثولوجية التي تؤدي الى الصرع . ونلجأ الى هذا العلاج عندما يفشل العلاج بالعقاقير .

بالإضافة الى الاعراض الظاهرة التي تأتي في هيئة نوبات مما سبق تفصيله ، والى السمات التي قد تبدو على بعض مرضي الصرع كسهولة الاستشارة والاكثاب ، فان الصرع قد يؤثر على شخصية بعض مرضاه تأثيرا مستمرا واضحا حيث ينتاب المريض ما يعرف بالشخصية الصرعية . وهذه الشخصية الصرعية نجدها بدرجات بسيطة او شديدة بين مرضي الصرع بأنواعه ولا نلاحظها في اوضح صورها الا في نسبة ضئيلة من مرضي الصرع ، فهي بين مرضي ذهان الصرع اكثر منها بين المرضي غير الذهانيين . وتتميز الشخصية الصرعية بتقلب مزاج المريض واحواله ، فهو لطيف حلیم أحيانا وشرس وسريع الغضب أحيانا أخرى ، وهكذا تنسم شخصية المريض بالتناقض " فالمرضى يحب ويبغض ، ويتقن ويهمل ، ويبدو متدينا حيناً ، ويسلك سلوكاً غير أخلاقي وعدوانيا حيناً آخر . ويتصف المريض كذلك بالانانية حيث يعطى أهمية زائدة لنفسه ولكل ما يصدر عنها بينما لا يبالي بغيره ولا يقوم بواجباته نحو الغير ويتوقع منهم عطفاً عليه واهتماماً به وتقديراً لما يعمله ولا يفتقر لغيره هفوة تصدر منه نحوه . وتجعله أنانيته سمجاً في تفكيره وحديثه ومعاملاته . ويمثل دور التدين ويردد عبارات دينية دون أن يكون لروح الدين في سلوكه اثر . ويتجلى تمركه حول ذاته في التفكير الزائد في صحته ، لدرجة الإصابة بتوهم المرض . ومع تقلب أحوال

أفريض في سلوكه ، فان انفعالاته وحركاته وتفكيره وأحاديثه تتبدل تدريجيا ، ولا سيما في المواقف الجديدة التي تتطلب مرونة وحسن تصرف ، وقد ينتهى به الأمر الى اللزمان حيث يثابر على أقوال وتصرفات ويكررها على نمط واحد .

كما ان نسبة ضئيلة من مرضى الصرع الذاتى ، الاسوياء في نهم انعقل ، قد يصابون بالتدريج بأعراض اضطرابات نفسية تنتهى بهم الى أذهان الصرعى ، ولكن سبب هذا الذهان الصرعى غير معروف بالتحديد ، فقد يرجع اما الى العامل الذى يكون قد أدى الى الصرع نفسه ، أو ان التوبات الصرعية قد أدت الى اضطرابات في الدورة الدموية في المخ وأصابت بعض خلاياه بالتلف ، أو ان انعقاقير التي استعملت فى علاج التوبات قد أثرت على خلايا المخ . والصورة الاكلينكية للذهان الصرعى تظهر في تمركز المريض حول ذاته ونقص اهتمامه بما يحيط به وبضعف انتباهه ، وافتقار تفكيره وضعف ذاكرته ، ويتحول اهتمامه بجسمه الى توهّم المرض ، وتنتاب المريض كذلك الهذات الاصطهادية والهلاوس السمعية والبصرية ، ويصبح حديثه نمطيا . كما ينتاب المريض نوبات يضطرب فيها الشعور . وقد تزداد حالة المريض تدهورا ، وتنتهى بالصمت وقذارة عاداته ، ويصبح مخبولا ، ومع ذلك يكون عنيدا ، وكثيرا ما تنتابه ثورات غضب وصياح وهياج شديد . وتعرف الدرجة الأخيرة من ذهان الصرع باسم الخبل الصرعى .

الاضطراب الذهاني المرتبط بأورام المخ

الأورام التي تصيب المخ تنقسم الى أورام أولية تنشأ في المخ مباشرة ، وأورام ثانوية تنتشر الى المخ من مصادر خارج تجويف الجمجمة . وأعراض هذه الأورام تقع في ثلاث مجموعات :

١ - اعراض زيادة الضغط داخل الجمجمة ، حيث اضطراب الشعور وحيويته والصداع والقيء .

ب - الاعراض العصبية الموضعية نتيجة موضع الورم .

ج - اعراض الاضطراب النفسي ، وتقع في مجموعتين ، المجموعة الاولى وغالبا ما تظهر مبكرا ، ربما قبل الاعراض التى يسببها زيادة الضغط داخل الجمجمة ، او الاعراض التى يسببها موضع الورم . وهذه الاعراض تحددها سمات شخصية المريض وصراعاته ودفاعاته . حيث يفقد المريض السيطرة على سلوكه فيصبح فظا وانانيا ولا يأخذ بالاخلاقيات الاجتماعية . بينما تنشأ اعراض المجموعة الثانية مما يحدثه الورم من تلف في المخ ، وكذلك نتيجة زيادة الضغط داخل الجمجمة . فزيادة الضغط داخل الجمجمة تؤدي الى اجهاد المريض الذى يظهر في اعراض الوهن المختلفة من اضطراب الذاكرة واضطراب الشعور في صورة ذهول ، والنوم وفقدان الوعي ، وعدم قدرة المريض على تقييم موقفه ، واحيانا الهلوس البصرية والسمعية والشمعية ، والهذات وانحرافات في السلوك مع الفظاظلة والنشوة ، ويصاحب زيادة الضغط داخل الجمجمة صداع وقىء ، وظهور القرص المخنق في العصب البصرى وزيادة ضغط السائل المخى ، كما قد يؤدي الى حالة من القيوبة . وهناك اعراض اخرى تنشأ من ازالة المخ نحو الثقب القذالى ، حيث تظهر هذه الاعراض في صورة نوم عميق يعقبه فقدان الشعور مما قد يؤدي الى موت المريض .

وتتوقف الاعراض الموضعية على موضع الورم . فأورام الفص الجبهي تؤدي الى اعراض في مقدمتها الاضطرابات النفسية بينما تقل

الامراض العصبية . فحالات تلف الجزء المحذب من الفص الجبهي تتميز
بفقدان المبادأة وعدم النشاط والبلادة ، والكف الحركي ، وافتقار الكلام
والتفكير . بينما تلف قاعدة الفص الجبهي يؤدي الى عدم الكف الحركي ،
والانفعالي والنشوة والسرور والتفاؤل الذي لا اساس له ، وان يفقد
المريض القدرة على تقييم حالته . وتؤدي الأورام التي تمتد الى العقد
العصبية تحت القشرة الى اضطرابات الجهاز الهرمي الخارجى . ومع
أورام الفص الصدغى تظهر نوبات من الاضطرابات الحركية والانفعالية
والادراكية وتظهر الهلوس السمعية او التذوقية وتنتاب المريض حالته من الالفة
بموضوعات لم يسبق أن تعرف عليها ، مع حالات من الخوف والفضب
او النشوة . وقد يظهر عرض التلقائية الحركية حيث يقوم المريض بأفعال
عنف لا يتذكرها بعد النوبة . وترتبط أورام الفص القذالى بهلوس
بصرية ، يرى المريض ومضات من الضوء أو الأضواء الملونة . بينما
تؤدي أورام الفص الجدارى الى الهلوس البصرية والسمعية .
ويصاحب أورام الجسم الصلب اضطراب فى الوظائف العقلية من حيث
صعوبة التركيز والتفكير وعدم الاستجابة للمثيرات وخاصة السمعية .

العلاج : تعالج أورام المخ بالجراحة . فأورام خارج المخ غير الخبيثة
يمكن أن تستأصل كلية ، بينما تستأصل الأورام المنتشرة جزئيا ، ما عدا
تلك الأورام التي توجد في قطب كل من الفصوص الجبهية او القذالية
فتستأصل جزئيا او كلية احيانا باستئصال القطب . اما أورام الفدة
النخامية فتستأصل جزئيا او كلية تبعا للظروف وتستأصل أورام المخين
كلية في معظم الحالات . وبعد الاستئصال الجزئى للورم يستخدم العلاج
الاشعاعى ، ولا يشيع استخدام العلاج الهرمونى بسبب قلة فاعليته .

الاضطراب الذهاني المرتبط بأمراض تدهور الجهاز العصبي المركزي

زفن هنتنجتن

حالة مرضية وراثية تتميز بتدهور متطور يصيب أساسا القشرة المخية والمقد القاعدية .

الصورة الاكلينيكية : تظهر الاعراض غالبا ما بين ٢٠ - ٤٠ سنة ، على الرغم من ان نشأة المرض قد تكون مبكرة او متأخرة عن هذا السن .

وتظهر الاعراض اولا في صورة عدم استقرار وحركات لاارادية غير هادفة . ويلاحظ ان الحركات اللاارادية تكون خليطا من حركات الزفن والقفاح وعلى ذلك تعرف بحركات الزفن والقفاح . وتشمل هذه الحركات الاصابع والوجه والعضلات المختصة بالكلام بما في ذلك الحجاب الحاجز مما يؤدي الى صعوبة كبيرة في الكلام ، كما ينسم التطق بالاندفاعية . وتصبح مشية المريض اختلاجية . وفي الحقيقة تنائر كل العضلات الارادية فيصيبها بعض التوتر الزائد الذي ينشأ عنه احيانا اوضاع شاذة .

وتحدث في كل الحالات اعراض نفسية تظهر في صورة خبل متطور مع تبلد واضطراب في الفهم وفقدان الذاكرة . كما يشيع عدم الثبات الانفعالي الذي يظهر في نوبات الاستثارة والسلوك التخريبي . وهناك ايضا الاكتئاب والميل الى الانتحار . وتتراوح حالة المريض الانفعالية بين الاكتئاب والنشوة . وقد تنشأ في بعض الحالات افكار اضطهاد وتوقف هذا على استعدادات شخصية المريض وعلى العوامل النفسية والاجتماعية الاخرى . ومرض زفن هنتنجتن متطور ولا يشفى منه المريض ويؤدي الى الموت عادة في فترة ما بين ١٠ - ٢٠ سنة .

العلاج : يستخدم في علاج المرض ما يتبع في علاج الخبل ، بالإضافة الى استخدام العقاقير التي تؤدي الى بعض الاسترخاء من النشاط العضلي الزائد ، كمقار الليبريم أو الفاليوم أو أحد عقاقير الفينوثيازينز .

الاضطراب الذهاني المرتبط باصابة المخ

اصابة المخ قد تؤدي الى اضطرابات يشفى منها المريض أو لا يشفى ، وهذه الاضطرابات قد تكون حادة أو مزمنة . وتشمل الاضطرابات الحادة :

- أ - الارتجاج .
 - ب - غيبوبة الاصابة .
 - ج - هذيان الاصابة .
 - د - مجموعة امراض كورساكوف أو مجموعة امراض فقدان الذاكرة والاراجيف .
- بينما تشمل الاضطرابات المزمنة :
- أ - اضطرابات تحدثها الاصابة مباشرة كاضطرابات الشخصية والاضطرابات التشنجية .
 - ب - اضطرابات ثانوية للاصابة كالاضطرابات العصبية .

الارتجاج : حالة عادة ما يفقد المريض فيها شعوره فقدانا مؤقتا ويصاحب الارتجاج اضطراب فسيولوجي في عمليات القشرة ، ولكن لا يوجد تغيرات هستولوجية أو علامات اكلينيكية . ويكون الشفاء سريعا وتاما . ويفقد المريض ذاكرته للأحداث التي وقعت لحظة الاصابة كما يفقد ذاكرته للأحداث التي تسبق الاصابة مباشرة . وفترة فقدان الشعور قد تكون لحظية أو قد تستمر لساعات . وينتاب كثيرا من

المرضى القىء عندما يستعيدون شعورهم . وعندما يستعيد المريض شعوره فإنه قد يستيقظ فجأة أو قد يمر بحالة من تلبد الشعور والإرتباك . وعلى ذلك لا يتذكر المريض ما يقع فى هذه الفترة من أحداث . وإذا استمر فقدان الشعور لمدة أكثر من ساعتين فيحتمل أن يكون المخ قد أصيب بتمزق وكدمات . ورغم أن الارتجاج اضطراب حاد إلا أنه غالبا ما يكون له نتائج المزمنة .

غيوبة الإصابة : قد يؤدى الارتجاج الذى يصاحبه كدمات وتمزق الى غيوبة تستمر ساعات أو عدة أيام تبعا لدرجة ومدى الإصابة . وتتميز الغيوبة بعدم استجابة الشخص للمثير . ولى الغيوبة فترة من الذهول وعدم الاستقرار وتلبد الشعور ينتقل منه المريض الى شعور صافى أو ينتقل أحيانا الى هذيان الإصابة . وغالبا ما تتخلل الغيوبة فترات شبه ذهول . والغيوبة الطويلة الأمد غالبا ما يعقبها فترة من فقدان الذاكرة أو مجموعة فقدان الذاكرة والأراجيف التى تعرف بمجموعة أعراض كورسناكوف .

هذيان الإصابة : يرجع هذيان الإصابة الى الارتجاج أو الكدمات أو التمزق أو النزيف أو زيادة الضغط داخل الجمجمة . وفى معظم الحالات يكون الهذيان بسيطا ويتكون من الاستشارة وعدم الاستقرار واضطراب بسيط فى الحواس ، والاختلاق الحالم ، وعدم وضوح الأمور امام المريض ، فلا يستطيع الوقوف على دقائق الأمور فى مواقف وأحداث ييشته .

وعلى الرغم من أن المريض يدرك أنه فى المستشفى ، إلا أنه لا يتذكر كيف أتى إليها ، ولا يتعرف على الأشخاص من حوله ، وقد لا يدرك سبب وجوده فى المستشفى .

وفي بعض الحالات ينتاب المريض الحيرة ، كما ان هناك حالات ينتاب فيها المريض الخوف . كما يتسم كثير من المرضى بالشغب والعناد والهيّاج وعدم التعاون ، ويتسم بعض المرضى بالمدوان . واذا حدث هلاوس تكون عادة بصرية . وقد تحدث مظاهر عنف واندفاعية تجعل المريض خطرا على نفسه وعلى الآخرين . وعندما يختفى الهذيان يستمر بعض المرضى في الكلام ويظهرون لزمانا في الكلام . وبعد مرحلة الهيّاج قد تتميز الحالة الانفعالية بالنشوة الطفلية والسعادة . وكالهذيان الذي يرجع لأسباب أخرى ، فان مسار الهذيان قد يتميز بالتذبذب بين الصفاء النسبي والارتباك . والهذيان الذي يستمر لأكثر من أسبوع يدل على تلف كبير في المخ .

مجموعة أعراض كورساكوف او مجموعة أعراض فقدان الذاكرة والأراجيف : تعتبر الأراجيف الخاصة المميزة لمجموعة الأعراض هذه ، ويصاحب الأراجيف فقدان الوعي واضطراب الإدراك والذاكرة للأحداث القريبة . والاختلاقات في الذاكرة قد تكون خليطا من الحقيقة والخيال . وقد يبدو المريض متيقظا ولكن الفحص الدقيق قد يظهر ان الإدراك قد تدهور كثيرا . ويظهر كثير من مرضى مجموعة أعراض كورساكوف الهدوء والنشوة البسيطة والمرح ، ولكن سرعان ما ينتابهم الهيّاج عند توجيه الأسئلة اليهم .

العلاج : بعد اجراء الجراحة اللازمة تبعا لحالة المريض ، يلزم الراحة في الفراش مع استخدام المهدئات بقدر محدود كلما أمكن ذلك ، وتجنب العقاقير المخدرة . وتسجيل العلامات الحيوية كل أربعة ساعات ، وملاحظة حالة الوعي مع اعطاء المريض السوائل او غذاء طري اذا كان

المريض في شعوره ويستطيع البلع . وفي حالة الغيبوبة ، يعطى الغذاء عن طريق أنبوبة في الأنف أو بواسطة سوائل عن طريق غير القناة الهضمية . ويعطى المريض جرعات يومية من البنسلين لتجنب العدوى الرئوية . وفي حالة الارتجاج البسيط يحتاج المريض لمدة ٢٤ ساعة من الملاحظة ، قد يعود بعدها للأنشطة العادية . وفي حالة الإصابة الشديدة، تحدد استجابة المريض للعلاج فترة الراحة والنقاهة ، ويجب مراولة النشاط بالتدريج ، على أن يؤجل العمل لمدة شهرين أو ثلاثة بعد خروج المريض من المستشفى .

اضطرابات الشخصية : رغم ان هذه الاضطرابات ترجع لاصابة المخ ، إلا أن للعوامل البيئية ونمط شخصية المريض دورا فيها . واصابة المخ قد تؤدي في بعض الحالات الى تغيير تكوين شخصية المريض، فالشخص المحبوب الهادئ قد يصبح سريع الغضب ومنذفعا وسهل استثارته . كما قد يصبح عدوانيا ويهمل مسؤولياته العائلية ويفقد طموحه ويصبح تكذبا وإنانيا . ويظهر البعض استجابات اضطهادية . كما يفقد البعض الآخر اهتماماته ويتعزل عن لاتصالات الاجتماعية . ويصاحب غالبا هذه التغيرات في تكوين الشخصية بعض التدهور في الوظائف العقلية . ويقاوم الاطفال اصابة الرأس بدرجة افضل من الكبار ، غير ان الاطفال الذين يصابون باصابات في الرأس قد يظهرون مشاكل سلوكية حيث يصبح الطفل غير مطيع ومنذفعا وعدوانيا ومخربا ولا اجتماعيا وغير مستقر وزائد النشاط . كما يتسم الطفل بملام التركيز ، ويظهر اهتماما قليلا بالعمل المدرسي .

الصرع : قد يكون الصرع احدى نتائج اصابة المخ . ويشيع الصرع بدرجة اكبر بعد الجروح النافذة عنه بعد الجروح غير النافذة . ولا (م ٩ - الطب النفسي)

تظهر النوبات بعد الارتجاج البسيط . ولا يفقد المريض شعوره في حالة صرع جاكسون ، بينما يضطرب الشعور في حالة نوبات الصرع الصغير أو الكبير . وقد توجد نوبات من الاكتئاب . كما يكون تدهور الوظائف العقلية بسيطاً أو شديداً .

الاضطراب العصبي : لا تعتبر الاضطرابات العصبية التي تعقب الإصابة نتيجة مباشرة للتغيرات التشريحية والفسيولوجية التي تؤدي إليها الإصابة ، ولكنها ترجع أساساً إلى الظروف التي تحدث فيها الإصابة من عدم أمن اقتصادي أو عدم رضى مهني أو توترات أسرية أو عدم الحصول على عمل ، الأمر الذي قد يؤدي إلى القلق . وهناك عامل آخر يكمن في حقيقة أن الرأس وخاصة المخ عضو ينظر إليه المريض نظرة خاصة ، فإذا حدث للمريض بعد الإصابة دوار أو صداع أو أعراض حسية أخرى ، فقد ينشأ لدى المريض احساس بعدم الأمن وبالقلق . وقد لا يظهر العصاب وقت حدوث الإصابة ، بل يظهر في أي وقت بعدها . والمريض الذي يظهر الاستياء وعدم الرضى نحو عمله ويجد في الأعراض الجسمية التي تعقب الإصابة مبرراً لعدم القيام بمسؤولياته ، يكون عرضة للاضطراب العصبي . ومع فقدان المبرر في المجز الجسمي ، يكون على المريض أن يبحث عن وسائل أخرى لتجنب العودة إلى الموقف غير المرغوب فيه . ويجد المريض هذه الوسائل في عودة الصداع والتعب والاستثارة والاكتئاب وتوهم المرض والقلق .

الاضطراب الذهاني المرتبط بحالات جسمية أخرى

الاضطراب الذهاني المرتبط باضطراب الغدد الصماء

من الملاحظ ان افراز الغدد الصماء يؤثر على وظائف المخ وبالتالي على العمليات النفسية . غير انه ليس من الضروري ان يصاحب اضطراب الغدد الصماء اضطرابات نفسية ، وان هذه الاضطرابات ليست ثابتة فى كل الحالات . فالآثار النفسية المصاحبة لاضطرابات الغدد تتوقف على تكوين شخصية الفرد وعلى العوامل الأخرى التى تؤثر على الفرد . وستناول فيما يلى بعض امراض الغدد الصماء والاضطرابات النفسية المصاحبة لها .

مرض جريفز

هذا المرض أكثر امراض الغدة الدرقية شيوعا ، وينشأ عن زيادة افراز هرمون الثيروكسين .

الصورة الاكلينيكية : تنضج العلامات الرئيسية للمرض فى تضخم الغدة الدرقية ، وجحوظ العينين ، وزيادة سرعة دقات القلب والضعف وارتفاع الاصابع واللسان وحيانا الجسم كله ، واضطراب حركة تقارب المقلتين ، وسرعة ردود الفعل الانعكاسية . وتشمل الاعراض النفسية الاستشارة وعدم الثبات الانفعالى ، وعدم تحمل الضوضاء والحرارة ، والاحساس بالقلق والخوف ، وانخفاض القدرة على العمل . كما ان شدة التسمم بهرمون انثوركسين قد تؤدى الى اضطراب ذهائى يظهر أعراضه فى الهياج الهوسى والهذات والهلاوس كما تظهر فى صورة اكتئاب او هذيان .

العلاج : علاج هذا المرض يكون في لباسه طبيا أو جراحيا ، مع استخدام بعض العقاقير المضادة للاضطرابات النفسية . كما يفيد هنا أيضا العلاج النفسي .

الميكسوديميا

يؤدي نقص هرمون الثوركسين اذا حدث منذ الميلاد الى التخلف العقلي . بينما يؤدي هذا النقص الى الميكسوديميا اذا حدث في الكبر .

الصورة الاكلينيكية : تظهر العلامات الجسمية في ضمور الغدة الدرقية او عدم وجودها ، وانخفاض سرعة دقات القلب واحمرار في الوجه في صورة بقع منتشرة ، وعدم وجود الشعر وخاصة في الاجزاء الخارجية من الحواجب ، وسهولة قصف الاظافر . وتظهر اعراض الاضطراب النفسي في صورة بطء في كل الوظائف العقلية ، ويصبح المريض متبلدا ومتناقلا وتضطرب ذاكرته . وقد يحدث القلق والاستثارة ولكن الصورة السائدة هي البلادة التامة . وقد تظهر اعراض من الاكتئاب والبارانويد والهلاوس مع نوبات من الهياج .

العلاج : يعطى المريض خلاصة الغدة الدرقية بجرعة ٦٠ مليجرام يوميا او يعطى ١ - ثوركسين الصوديوم بجرعة او مليجرام يوميا . وعادة ما تزول اعراض الاضطراب النفسي بزوال حالة الميكسوديميا .

التيتانى

تؤدي أمراض الغدد فوق درقية الى قلة نشاط الهرمون . الامر الذي يؤثر على امتثيل الغذائى لعنصر الكالسيوم ، حيث يظهر مرض التيتانى .

الصورة الاكلينيكية : من علامات مرض التيتانى الجسمية الاستثارة

اسريعة للجهاز العصبى ، وشعور المريض باحساسات غير سارة فى الاطراف وتساقط الشعر وقصف الاظافر ، وآلام فى البطن ، وتظهر اعراض الاضطراب النفسى فى التعب السريع وفقدان القدرة على العمل والاستثارة والبكاء والغضب .

وقد يظهر التيتانى فى صورة نوبات تحدث تلقائيا او نتيجة لـسير كارتفاع درجة حرارة الجسم او الاجهاد العضلى .

العلاج : يعطى المريض محلول ١٠ فى المائة من جلوكونات

الكالسيوم من ١ : ٢ امبول بالوريد ببطء عند اللزوم . كما يعطى فيتامين د٣ قرص صباحا ومساء مع غذاء غنى بالكالسيوم .

الاكروميجالى

يؤدى زيادة افراز هرمون النمو الى حالة الاكروميجالى حيث لايزداد الفرد طولا ، ولكن يشمل النمو عظام اليدين والقدمين والوجه مما يكسب المريض شكلا خاصا ، كما يشمل النمو الانسجة الغضوية كالأحشاء واللسان .

الصورة الاكلينيكية : يظهر الوجه فى حالة تضخم وكذلك اليدين

والقدمان . ويتأثر جلد المريض فيصبح سميكاً ، كما يتقوس انعمود الفقري . ويشكو المريض من آلام العظام والمضلات والاعضاء العشوية والصداع المستمر . وتظهر اعراض الاضطرابات النفسية فى قلة المباداة والتلقائية ، وتغير الحالة الانفعالية حيث يتتاب المريض فترات قصيرة من حدة الانفعال دون سبب واضح . وأحيانا أخرى يتناوبه المرح

والرضى والنشوة مع عدم المبالاة . كما ينتاب المريض حالة من التبدل واضطراب الذاكرة والانتباه . ويتسم اتجاه العديد بالانانية وقلة الاهتمام بالآخرين والحساسية الزائدة .

العلاج : يقوم العلاج اساسا على الجراحة لازالة الورم الذى تعرضت له الغدة النخامية كما قد يستخدم الاشعاع لقتل خلاياه . وبهذا تقلل من زيادة افراز هرمون النمو الذى يكون سببا في ظهور الاضطراب.

مجموعة اعراض كشنج

ترجع مجموعة اعراض كشنج اساسا الى زيادة افراز هرمون الادرينوكورتروفين .

الصورة الاكلينيكية : ينتاب المريض ضعف في العضلات وخاصة عضلات الاطراف وضور في العظام وسمنة في الجذع والبطن والوجه الذى يصبح مستديرا . كما ينتاب المريض تغيرات جنسية تظهر في توقف الدورة الشهرية عند الاناث والعمه عند الذكور . ويسبب المرض اضطرابات واضحة في الجهاز العصبى المركزى نيؤدى الى الوهن مع ،خاوف وسوسية ، والى التبدل والاكتئاب مع افكار انتحارية . وقد ينتاب المريض القلق ونوبات من الصراخ والاستنارة والعناد وافكار اضطهادية . وتطور المرض يؤدى الى قلة الاهتمامات وانخفاض الوظائف العقلية .

العلاج : يقوم العلاج على ازالة زيادة افراز غدد الادرينالين بجراحة جزئية او ازالة الورم ، فتزول كل من الاضطرابات الفسيولوجية

والاضطرابات النفسية ، غير أن استعادة المريض لصحته لا تكون سريعة
فيحتاج لفترة من الزمن .

مجموعة الاعراض الجنسية الادرينالية

ترجع مجموعة الاعراض هذه الى زيادة افراز الهرمونات الجنسية
من غدد الادرينالين نتيجة لتورم الغدد منذ الميلاد أو نتيجة لورم يحدث
في سن متقدمة .

الصورة الاكلينيكية : تظهر علامات البلوغ المبكر عند كل من
الانثى والذكر . وفي حالة الانثى البالغة يظهر الشعر بكثافة على الجسم ،
ويتضخم الصوت وتنمو العضلات وينمو القضيب الاثري وتتوقف
الدورة الشهرية ويضمحل الثدي ، نتيجة لافراز هرمونات الاندروجينز .
وفي حالة الذكر ينمو الثديان ، وتضخم الخصيتان وتقل القدرة الجنسية
نتيجة لافراز هرمونات الاستروجينز ، وتتشأ غالبا اعراض ذهانية
فيظهر القلق الواضح ، وينشغل المريض بمظهره وتنابه الشكوك فيما
يتعلق بدوره الجنسي كما ينتابه الاكتئاب ، وأفكار وسواس عن الجنسية
الانثوية ، او الاحساس بالذنب فيما يتعلق بعملية الاستمناء ، ونسحب
اجتماعيا .

العلاج : يقوم العلاج على اعطاء جرعات صغيرة من الكورتيزون
لوقف نشاط غدد الادرينالين . وفي السن المتقدمة يفضل جراحة ازالة
الورم أو استئصال جزء من الغدة .

مرض اديسون

يرجع المرض الى عدم نشاط غدد الادرينالين .

الصورة الاكلينيكية : ينتاب المريض اضطرابات في الجهاز الهضمي ، وفقدان الشهية . كما ينتابه حالة من الوهن وضغط الدم المنخفض ، وتلون الجلد والاغشية المخاطية بلون برنزي قائم . وتظهر أعراض الاضطرابات النفسية من ارق واكتئاب ونوبات صرع . ومع تطور المرض قد تنمو أعراض هذيانية مع قلق وهذات اضطهادية .

العلاج : يعطى المريض حقنة في العضل ٢٥ مليجرام من الكورتيزون يوميا او حقنة في الوريد من هيدروكورتيزون يوميا .

مرض السكر

يرجع مرض السكر اساسا الى تلف خلايا بيتا في جزر لانجرهانز التي تفرز هرمون الانسولين الذى ينظم نسبة الجلوكوز في الدم .

الصورة الاكلينيكية : تظهر أعراض مرض السكر ، في زيادة نسبة السكر في الدم ورغبة المريض الشديدة في شرب الماء وزيادة عدد مرات التبول ، وفقدان الوزن وغيرها من أعراض . ولا يؤدي مرض السكر في درجته البسيطة الى اى اضطرابات نفسية وخاصة في السن المتقدمة ، ولكن في الحالات الشديدة ينتاب المريض الوهن والصداع والدوخة وعدم الاستقرار الانفعالي والاكتئاب . وفي بعض الحالات تظهر أعراض الاستثارة والهذيان وخاصة في الافراد حديثي السن . وقد ينتاب المريض حالة من الهياج مع نوبات صرع .

العلاج : يقوم العلاج على اعطاء المريض الانسولين مع اتباع نظام الاكل الخاص بمرض السكر .

الاضطراب النهائي المرتبط باضطرابات التمثيل الغذائي والتغذية

تعتبر وحدة المكونات الجسمية والنفسية أساسا لنظرية المرض في الطب النفسي ، فالاضطراب في أى جانب منهما يصاحبه اضطراب في الجانب الآخر .

ومن هنا يمكن ان نذهب الى القول بان الاضطراب في التغذية والتمثيل الغذائي يؤدي الى اضطرابات نفسية . ويتضح هذا من ان علاج الاضطرابات النفسية الناتج عن زيادة افراز هرون الثيروكسين بقرم أساسا على المحاولات التى تبذل لاعادة معدل التمثيل الغذائي الى المعدل الطبيعى . وفى حالة الميكسوديميا يوجد هناك انخفاض فى استهلاك المنخ للاكسجين مما يدل على اضطراب فى التمثيل الغذائي ويؤدي الى بطء العمليات النفسية التى يتسم بها هذا المرض . وينشأ مرض التبتاني وما يصاحبه من اضطرابات نفسية من نقص هرمون الباراثيروكسين الذى يؤثر على مراحل التمثيل الغذائي للكالسيوم والفوسفات . ولهذا فاعراض الاضطرابات النفسية تزول غالبا باعطاء المريض أملاح الكالسيوم مع فيتامين د .

وفى حالة مرض الكشنج يوجد اضطراب فى التمثيل الغذائي حيث يمكن تشخيص هذا المرض من زيادة افراز ١٧ - هيدروكسى كورتيكويدز ومن وجود سكر فى البول وزيادة عدد كرات الدم الحمراء . وفى حالة مجموعة الاعراض الجنسية الادرينالية يتضح ايضا اضطراب التمثيل الغذائى من زيادة افراز هرمونات الاندروجينز الادرينالية و ١٧ - كيتواسترويدز .

كما ان اضطرابات التمثيل الغذائي التى تصاحب العمليات الجراحية والتي تظهر بوجود الاستون والسكر فى البول وانخفاض نسبة

السكر في الدم قد تؤدي الى كثير من الاضطرابات النفسية .

وتتضح علاقة التغذية بالاضطرابات النفسية من الاضطرابات التي تصاحب ضمور الجهاز الهضمي . فلقد لوحظ أن ضمور الجهاز الهضمي يؤدي الى الضعف العام والدوار وسرعة التعب وقلة القدرة على العمل وضعف الذاكرة والانتباه . ومع تطور الحالة ينتاب المريض نوبات من الهذيان والهلاوس البصرية والهياج الحركي والكلام غير المنسق وعدم الوعي . وتتضح العلاقة ايضا بين التغذية والاضطرابات النفسية بما يظهر في حالة مرض البيلاجرا . فهذا المرض يظهر في المجتمعات التي يسود فيها سوء التغذية ، كما ينتاب الافراد الذين يعانون من اضطرابات معوية ، وفي حالات تعاطي الكحول المزمن ، ونقص حامض النيكوتين ، وحامض التريبتوفان والثيامين والريبوفلافين .

وغالبا ما يوجد ايضا نقص في حامض الاسكوربك . وقد ترجع كثير من الاعراض العصبية التي تظهر في المرض الى نقص في الثيامين .

الصورة الاكلينيكية : تعتبر الاعراض المبكرة للمرض اعراضا

عصبية ، وتشمل الصداع ، والاستثارة وصعوبة التركيز والنسيان وعدم الاستقرار والخوف والاحساس بعدم القدرة على المجهود العقلي والجسمي . ويعقب هذه الاعراض المبكرة مجموعة اعراض عضوية تشمل اضطراب الذاكرة والارتباك وفقدان الوعي والهذيان ومجموعة اعراض كورسكوف والخبيل . ويظهر بعض المرضى هياجا هوسيا ، بينما يكون مرضي آخرون في حالة اكتئاب وقلق وحوف . ويتطور المرض نظير الاضطرابات في صورة ذهول وتشنجات وتصلب عضلي وحركات لا ارادية غير منتظمة . وزيادة التوتر العضلي واضطراب الاحساس والشلل العضلي . ويصاحب هذه الاضطرابات النفسية التهاب في

المعدة واللسان فيحمر لونه وتضمر زوائده ويصبح مؤلماً . وتشيع الاضطرابات الهضمية مع نقص حامض الايدروكلوريك والاسهال . يأخذ لون الجلد الاحمر في التغير الى اللون البنى القاتم مع وجود قشور . ويظهر الالتهاب على سطح العضلات الماسطة للاطراف وعلى الجهاز التناسلى والسطوح الداخلية للفخذين .

العلاج : تعالج الحالات البسيطة من المرض باعطاء المريض النياسين أو النياسين أميد بجرعة ١٠٠ مليجرام ٣ مرات يوميا أو ٦ مرات . وفي الحالات الشديدة يجب اعطاء المريض ١٢٠٠ - ١٥٠٠ مليجرام يوميا لمدة ايام . كما يعطى خلاصة الكبد فى العضل بجرعة ٢٠ سم ٣ - ٥ مرات يوميا . ويعطى المريض كذلك فيتامين الثيامين عن طريق الخميرة البيرة بجرعة ٤٠ - ٢٠٠ جرام يوميا .

وتنصح العلاقة أيضا بين التغذية والاضطرابات النفسية من مرض نقص فيتامين ب١١ حيث تظهر صور مختلفة من الاضطرابات النفسية قد تكون حالة هذيان حادة أو حالة بارانويد أو رد فعل انفعالى أو تدهورا عضويا .

حالة الهذيان الحادة : هذه الحالة أكثر صور الاضطرابات النفسية للعرض شيوعا وتتميز بتذبذب الشعور ، وبالخداع والهلاوس . وقد يظهر المريض التثاقل ، واضطراب القدرة على مواصلة الانتباه ، وانخفاض القدرة على استخدام المفاهيم المجردة .

حالة البارانويد : يظهر المرضى الذين يعانون من حالة البارانويد الاستشارة والشكوى وعدم الرضى والاساءة الى من يقومون برعايتهم . كما يفتن البعض أفكارا اضطهادية فيصبح قلقا وعدوانيا .

حالة رد الفعل الانفعالية : تظهر هذه الحالة في صورة اكتئاب واضطراب وخوف . وفي حالات نادرة قد ينهى المريض حياته .

حالة التدهور العضوى : في هذه الحالة يوجد تدهور تدريجى في الوظائف العقلية ، فتضطرب الذاكرة والقدرة على الحكم . كما ينتاب المريض احيانا فترات من الارتباك .

العلاج : يقوم العلاج على اعطاء المريض حقن من فيتامين ب_{١٢} مدى الحياة حيث تختفى اعراض الاضطرابات النفسية .

الاضطراب الذهاني المرتبط بالامراض المعدية

يرجع الاضطراب الذهاني هنا الى الامراض المعدية الشديدة كالالتهاب الرئوى والتيفويد والملاريا والحمى الروماتزمية الحادة . فالاضطرابات النفسية لاتصاحب الامراض المعدية التى تصيب الجهاز العصبى المركزى مباشرة فقط ، وانما تصاحب ايضا الامراض المعدية الاخرى . ولكن بينما يكون الذهان في حالة الامراض المعدية التى تصيب الجهاز العصبى المركزى ، نتيجة لاصابة مباشرة بالفيروس او الميكروب ، فان الميكاييزم الباثولوجى للذهان الناتج عن الامراض المعدية الاخرى يرجع الى اصابة خلايا الجهاز العصبى بالسموم التى تفرزها الميكروبات.

الصورة الاكلينيكية : يصاحب الامراض المعدية الحادة عادة حالة ذهيان . فمع ارتفاع درجة الحرارة تظهر مجموعة الاعراض الهذيانية حيث لا يستطيع المريض التعرف على من حوله ، ويفقد وعيه بالزمن والمكان ، ويحس بقلق وخوف دون سبب . وقد يصاحب هذه الاعراض هلاوس بصرية واضحة .

وفي حالة التيفوس وعادة في اليوم الثامن او التاسع من بداية المرض قد يحدث هذاء التوامة ، فيرى المريض صورة لذاته تمام بجواره . ويوجد هناك كثير من الاضطرابات النفسحسية ، فتظهر الاشياء من حول المريض مشوهة . كما يحس المريض بأن راسه قد زاد حجمها او على النقيض من ذلك قد يحس بأن حجمها قد نقص ، وأن اطرافه قد زاد او قل طولها ، وأن لسانه قد أصبح أكثر سمكا ، الخ. وتشمل الاضطرابات النفسحسية الهلاوس حيث يحس المريض بأن القران تجرى على جسمه او أن الحشرات تزحف عليه او أن معدته تحتوى على أسلاك او ثعابين ، او أن عضلاته قد قطعت وبها جروح ، او أن هناك ساعة تدق في راسه ، الخ . ويؤدي هذا الإدراك أخطاء إلى مخاوف وهياج حركى .

وقد تؤدي الامراض المعدية الى حالة الارتباك ، فيتدهور الشعور، فلا يدرك المريض ذاته ويتسم تفكيره وكلامه بعدم الاتساق ، كما توجد هلاوس ، وهياج حركى بسيط ويظهر على المريض الاجهاد الواضح . وتؤدي الامراض المعدية وخاصة تلك الامراض ذات المسار الطويل، الى مجموعة اعراض الوهن ، حيث سهولة التعب والهزال وعدم القدرة على العمل العقلى والاستثارة والبكاء وزيادة الحساسية .

العلاج : يقوم علاج الاضطرابات النفسية التى تصاحب الامراض المعدية على علاج المرض الرئيسى . وبلاحظ ان نسبة هذه الاضطرابات قد انخفضت منذ اكتشاف المضادات الحيوية ذات الاثر العلاجى الفعال فى كثير من الامراض المعدية . وبالإضافة الى اعطاء المريض المضاد الحيوى المناسب فينصح باعطائه محلولاً فسيولوجياً أو الجلوكوز وحقن الفيتامين مع تناول السوائل بوفرة . وحيث أن الاضطرابات الذهانية

انصاحبة للأمراض المعدية تؤدي إلى اضطراب شديد في النوم ، فيجب إعطاء المريض المنومات عندما ينتابه الأرق .

الاضطراب الذهاني المرتبط بتسمم العقاقير أو السموم

تشمل هذه الفئة الاضطرابات التي تنتج عن التسمم ببعض العقاقير أو الهرمونات أو المعادن الثقيلة أو الغازات أو السموم .

ذهان تسمم الامفيتامين

يؤدي تعاطي كمية كبيرة من الامفيتامين الى تلبد الشعور مع الهذيان والاستشارة ، كما يحدث هذاء في معظم الحالات . والصورة الاكلينيكية لتعاطي العقار المستمر تشبه صورة فصام البارانونيد حيث الافكار المرجعية والهذات الانطهادية والهلاوس مع عدم ظهور تلسد واضح في الشعور .

العلاج : يتطلب فقط الراحة والهدوء والاستقرار ، وإعطاء المريض عقاقير مهدئة اذا لزم الامر . وتختفى الاعراض الذهانية عادة خلال بضعة ايام من توقف تعاطي العقار ، ولكنها قد تستمر لعدة أسابيع .

ذهان تسمم الباريتيورات

تشبه الاعراض الرئيسية اعراض التسمم الكحولي حيث التشوش والمزاج المرح والانتقال من موضوع الى آخر ، وعدم الاستقرار . وتدرجبا ترداد الاستشارة الحركية سوءا ، ويفقد المريض النوعي ، ويصبح الكلام غير متسق . ويلاحظ في كثير من الاحيان ارتباك هذيانى واضح رهلاوس

بصريه . وفي حالات التسمم الشديدة قد ينتاب المريض غيبوبة عميقة قاتلة . وفي الحالات متوسطة الشدة ، يستعيد المريض شعوره بالتدريج خلال ثلاثة أيام أو أربعة ولكن يبقى هناك اضطراب واضح مستمر في الذاكرة ، مع ضعف عضلى وبلادة ، وفي معظم الأحيان كلام غير مسموع .

وتوجد حالات التسمم المزمن الذى يصاحب تعاطى الباربيتورات لمدة طويلة . وتظهر الاضطرابات النفسية فى صورة ضعف الذاكرة للاحداث انقريبية ، والامينيزيا الرجعية ، واضطراب العمليات الحسابية كما :ضطرب القدرة على التعميم . وتظهر اعلامات انصبية المميزة فى ضعف رد فعل انسان العين ، وعسر النطق ، وقلة التوافق فى الحركات الدقيقة والارتعاش العام وسرعة ردود فعل الأوتار . وهذه الأعراض وخاصة العصبية تختفى تدريجيا عند توقف تعاطى العقار، ولكن فى بعض الحالات النادرة لا يستعيد المريض وظائفه العقلية استعادة كاملة حيث يوجد هناك درجة من اضطراب هذه الوظائف ، وتوقف تعاطى العقار فجأة تد يودى الى هذيان ونوبات صرع ، ولذلك يجب الا نتوقف علاج الصرع باستخدام عقار الفينوباربيتال او غيره من الباربيتورات فجأة .

العلاج : تتطلب حالات التسمم الحادة غسيل المعدة مع حقن المريض بمحلول فسيولوجى أو بمحلول جلوكوز تحت الجلد بجرعات كبيرة وتستخدم عقاقير القلب لتنشيطه . كما يفيد حقن المريض بحقن استركنين تحت الجلد لعلاج الارتخاء العضلى . ويكون فيتامين ب_١، ب_٦، ذا أهمية خاصة لحالة الشلل .

ذهان تسمم الاترويين

تظهر علامات تسمم الاترويين فى الاتساع الواضح لانسان العين ،

وسرعة النبض والتنفس . كما يحدث فقدان الرؤية من قرب ، وعسر النطق واختلاج الحركات الارادية والصداع والفثيان . وتظهر كل هذه العلامات في خلال بضع دقائق من تعاطى العقار . ثم يعقب هذه العلامات هياج حركى وارتباك وزيادة الحركة الانتفاضية والارتعاش العام . كما ترجد هلاوس بصرية ولمسية . وتشيع الميلانيكوليا ونوبات العدوان والقلق . وتحدث هذه العلامات والاعراض ايضا فى حالة تسمم الاسكوبولامين والهوسين . وتستمر هذه الاعراض فى حالة الاتروبيى من سبعة الى عشرة ايام حيث تنتهى الحالة بالشفاء . والحالات التى تنتهى فيها الاستشارة الشديدة بالذهول والتعاس قد تكون قاتلة .

العلاج : يجرى للمريض غسيل للمعدة ، ويفضل استخدام معلقة من الفحم . ويعالج الهذيان واعراض الاستشارة الشديدة بمحلول مورفين 1 فى المائة ، يعطى بجرعة 1 مليلتر مرتين او ثلاث مرات يوميا . ويوقف اعطاء محلول المورفين بمجرد اختفاء الاعراض . ومن الاهمية سكان العناية بالأغذية المخاطية والجلد فقد يحدث لها ضمور نتيجة اسهل الفند العرقية واللعباية والدمعية .

ذهان تسمم المياكرين

عقار المياكرين مستحضر يستخدم فى علاج الملاريا . والجرعة - الزائدة منه تؤدي احيانا الى حالة تسمم يصاحبه اضطراب ذهانى وخاصة عند الاطفال والمراهقين .

وصورة الاضطراب الذهانى تظهر فى الهياج الهوسى الحاد الذى يبدأ عادة بالارق والاحساس بالالتهاب فى كل اجزاء الجسم . وحالة الاكتئاب هنا تكون نادرة جدا .

العلاج : يحقن المريض بمحلول فسيولوجى تحت الجلد بجرعات ٣٠٠ الى ٦٠٠ مليلتر يوميا . او يعطى المريض عقار هيكسامين بجرعة ٥٠ جرام ٣ مرات يوميا .

ذهان تسمم اول اكسيد الكربون

يخفض اول اكسيد الكربون قدرة الدم على حمل الاكسجين بسبب تكوين مركب كاربوكسي فيموجلوبين . وبهذا فعلامات واعراض التسمم بأول اكسيد الكربون تشبه تلك التى تحدث نتيجة نقص الاكسجين فى الأنسجة ، وخاصة نقص الاكسجين فى الجهاز العصبى المركزى . ويؤدى التسمم الحاد سريعا الى الصداع والاعياء والقيئان والعرق واتساع أنسان العين والذهول الذى يؤدى الى الفيبوبة . ويعقب الشفاء من الفيبوبة غالبا هياج حركى شديد مع احساس بالخوف وهلاوس بصرية وشمية . وقد يحدث أحيانا ذهول يشبه ذهول الكتاتونيا ، دون ان يكون هناك انشائية شمعية أو بكم . ويستمر الهذيان ليوم أو يومين ، ويعقبه عادة مجموعة اعراض كورساكوف ، ومرض باركينسون . ويستعيد المريض ذاكرته بعد عدة اشهر ، ولكن غالبا ما يستمر بعض القصور فيها كما يلاحظ أحيانا اعراض من التخلف العقلى . ولقد ذكرت حالات متفرقة عن اعراض من البارانونيد تعقب التسمم الحاد .

ولا يعرف الكثير عن التسمم المزمّن بأول أكسيد الكربون . ويظهر انذهان هنا ، فى الضعف العام والفتور وبطء الاحساس والارق والصداع والاكئاب وتوهم المرض . وهذه الاعراض قد نشخص على انها حالة نيورستينيا . وعلى ذلك يجب الاستفسار بدقة عما اذا كان المريض قد تعرض لأول اكسيد الكربون . كما ان الوهن المزمّن الذى يرجع الى تسمم اول اكسيد الكربون يشمل عادة حالة مميزة من الانيميا .

(م ١٠ - الطب النفسى)

العلاج : يشمل علاج المريض الفاقد الشعور اعطائه اكسجين بنسبة ١٠٠ فى المائة واذا حدث توقف للقلب يعطى المريض ١٠٠ مليلتر . بحلول ٨٤ فى المائة بيكرينات الصوديوم فى الوريد مع تدليك القلب . ويتبع علاج المرضى الذين يعانون من اعراض خبل متبقية الاسس التى تتبع فى علاج امراض المخ الناتجة عن الشيخوخة .

ذهان تسمم الرصاص

يبدأ الاضطراب الذهاني يشكوى المريض من الضعف والخوف والتوتر وعدم تحمل الضوء الساطع والقضاء . كما ينتاب المريض الارق والاحلام المخيفة والهلاوس . والاضطرابات المصيبة المميزة تظهر فى عمر النطق واختلاج الحركات الارادية وانخفاض الضغط ، وبطء القلب وانخفاض درجة الحرارة . وتبعاً لدرجة التسمم فقد تنتهى مرحلة الوهن فى خلال بضع ساعات أو قد تستمر لعدة أيام . ثم تظهر حالة من الهذيان ينتاب المريض فيها الهلاوس البصرية والاحساس الشديد بالخوف والهياج الحركى . ومع التسمم الشديد تختفى الهلاوس وحالة الخوف تدريجياً حيث ينتاب المريض حالة غيبوبة . وبعد الشفاء من حالة الهذيان تبقى مجموعة اعراض الوهن لمدة اشهر . وفى بعض الحالات توجد مجموعة اعراض بارانويد تصاحب حالة الوهن الشديدة .

ولقد كانت الاضطرابات الذهانية نتيجة للتسمم بالرصاص والزئبق والمنجنيز والزرنيخ وغيرها من المواد الكيميائية ، كثيرة الحدود وخاصة بين عمال الصناعة . ولكن أصبحت تلك الحالات نادرة جداً بسبب توائمن العمل واساليب الامن الصناعى وظروف العمل عامة .

العلاج : في حالات التسمم الشديد يعطى المريض عن طريق
العضل ١٠ سم^٢ من محلول ٢٠ في المائة من جلوكونات الكالسيوم .
وفي حالات التسمم المزمن يعطى المريض عن طريق الفم عقار
نيتريلاامين الذى يعمل على ادرار الرصاص في البول بجرعة
٦٠٠ - ١٥٠٠ مليجرام في اليوم .

الاضطراب الذهاني المرتبط بأمراض جسمية أخرى

بالإضافة الى ما تناولناه من أمراض جسمية وما يصاحبها من
اضطرابات نفسية ، فان هناك امراض الجهاز الهضمي ، والكلى والقلب
التي تؤدي بدورها الى بعض الاضطرابات النفسية . فمع امراض
القرحة تظهر امراض الوهن من سهولة استشارة والتعب ، والارق وعدم
النات الانفعالي ، والاكتئاب والبكاء . وقد ينشأ توهم المرض والخوف
من السرطان .

وتظهر الاضطرابات النفسية بوضوح مع امراض الكبد . ففي
معظم حالات الالتهاب الكبدي التي يصاحبها الصفراء ، يلاحظ الاستشارة،
والارق والهلاوس والصداع . وفي بعض الحالات ينشأ التبلد وانتفاخ
بمجموعة اعراض الهلاوس الهذيانية . وفي حالة ضمور الكبد الحاد
تزداد حدة الاضطرابات النفسية حيث تتميز بحالة ارتباك هذيانى مع
عدم استقرار حركى . وفي الحالات التسممية الحادة قد يلاحظ اعراض
الوهن او الارتباك الهذيانى ، ولكن مع طول مدة المرض فانه تؤدي الى
بطء القلب ، مع التبلد واضطراب الذاكرة . وفي بعض الحالات ، يصاحب
بطء العمليات النفسية واعراض التبلد « نوبات من الغضب والميول
العدوانية » .

وفي أمراض الكلية المختلفة ، يشكو المريض من الصداع المستمر ، والدوخة والاعياء والحساسية الزائدة . وفي حالة اليوريميا ينشأ حالات ارتباك هذيانية مع هلاوس بصرية وعدم استقرار حركي . وفي ذروة غيبوبة اليوريميا ومع تلبد الشعور الشديد ، يحدث غالبا نوبات صرع وقد يحدث صرع مستمر . وفي الفترات التي تخلو من اليوريميا ، يمكن ملاحظة علامات من تسمم نتروجيني مزمن كالأعياء والتثاقل والتلد مع حالة من النشوة .

والاضطرابات النفسية التي تصاحب امراض القلب ، والتي تعرف بالاضطرابات الذهانية القلبية ، تكون نادرة نسبيا . وتنشأ فقط مع أمراض القلب الشديدة ، حيث يشيع الهذيان وعدم الاستقرار الحركي والخوف والقلق . وتنشأ هذه الاضطرابات عادة مع ذروة اضطراب القلب ، وتخف مع تحسن وظيفته . ومن الواضح ان نقص الاكسجين نتيجة اضطراب القلب ، يقوم بدور هام في هذه الاضطرابات الذهانية القلبية .

الفصل

لقد كان كرابلين أول من وصف هذا الاضطراب سنة ١٨٩٨ حيث جمع معا مجموعة اعراض مختلفة ذهب الى القول بأنها مظاهر لمرض واحد ، سماه الخبل المبكر . واعتقد ان مجموعة الاعراض الاكلينيكية هذه تنشأ من نفس العملية المرضية لأنها تشترك في خصائص واحدة . حيث يبدأ المرض في المراهقة او مرحلة البلوغ المبكر ، كما يتطور الى نفس الحالة من الخبل . ويفترض كرابلين ان العمليات المرضية قد تكون تدهور المخ او اضطرابا في التمثيل الغذائي ، مما يؤدي الى ضعف الاستجابات الانفعالية والارادية وفقدان العلاقات المتناسقة بين الاستجابات الانفعالية والارادية والعقلية .

ولقد عرض كرابلين وصفا شاملا للخصائص الاكلينيكية للخبل المبكر ، ولكنه كان ينقد اى محاولة لتفسير سلوك المريض على اساس نفسي .

- ولقد ذهب بلويلر الى القول بأن من الخطأ ان نقارن ما سسماء كرابلين بالخبل المبكر بحالة التخلف العقلي او بحالة التدهور العضوى الناتجة عن ضمور شديد في المخ . وأوضح ان استجابات المريض النسبية تكون معقدة ومتباينة ، وتختلف في نوعها تماما عن الاستجابة لاولية البسيطة للمتخلفين عقليا والمرضى الذين يعانون من مرض عضوى في المخ . واعتقد بلويلر ان المرض ليس بالخبل المبكر ولكنه حالة من عدم التناسق حيث توجد الاتجاهات والافكار والامكانيات المتناقضة ، وعلى ذلك تفقد الشخصية تناسقها . وتبعاً لهذا المفهوم فان نتائج المرض ليس بالضرورة نتاجاً من التدهور . وعلى ذلك عرف المرض بالاسكيزوفرنيا .
- ولقد كان بلويلر أول من أشار الى انه من الاهمية بمكان أن يؤخذ في

الاعتبار محتوى تفكير المريض ، واتجاهاته ودوافعه وغيرها من أبعاد سلوكه . وأنه ربط هلاوس وهذات المريض بتاريخ حياته ، وآماله المبكرة وبمخاوفه وبملاقاته المبكرة مع والديه وأخوته . ولقد ميز بلويل الأعراض الى أعراض أولية وأخرى ثانوية . وحدد الأعراض الأولية بتلك الأعراض التي اعتبرها مظاهر مباشرة لعملية مرضية جسيمة، وتتضمن تفكك التداعي في التفكير وتناقض الاتجاهات والانفعالات والميل الى إحلال الخيال محل الواقعية . ومن بين الأعراض الثانوية ، أو تلك الأعراض التي يعتقد أنها ذات أصل نفسي ، الهذات التي تفسر على أساس أحباطات المريض وآماله ، والهلاوس ، والنحبة والأعراض العضلية الكتاتونية وجانب كبير من الاتجاهات المعقدة . وأعتقد بلويل أن الأعراض الثانوية محاولات للتكيف للاضطراب الأولى . وبعد أن أصبح بلويل مقتنعا بأهمية التأثيرات النفسية في الصورة المرضية للفصام ، أكد أن الاضطراب يجب أن نتناوله بالعلاج النفسي .

ويمكن تعريف الفصام بأنه مجموعة اضطرابات تتميز بالمثل المتزايد الى العزلة وتناقض الانفعالات وتذبذبها وعدم ملاءمتها وتبلدها . كما تظهر الأعراض في صورة نشاط حركي زائد وشاذ ، أو عناد يصل أحيانا الى درجة الذهول . وتتضمن الأعراض أيضا سوء تأويل الإدراك والعجز عن "التجريد والتفكير غير المترابط وكثرة التكيف . وعندما توجد هذات أو هلاوس فإنها عادة ما تكون غير منتظمة .

الأسباب : لا يوجد هناك اتفاق تام يتعلق بالأسباب الجوهرية للفصام . ولكن يمكن تقسيم العوامل العديدة المسببة التي ذهب العلماء الى تحديدها الى عوامل عضوية وأخرى نفسية اجتماعية .

أولا - العوامل العضوية :

١ - الاستعداد الوراثي : لقد قام فرانز كولمان بدراسة ٥٠٠ زوج من التوائم المنفصلة حيث يشخص أحد التوأمين بالفصام . فوجد أن ١٥ في المائة من التوائم الأخرى يعانون أيضاً من الفصام . وفي دراسة مشابهة على ١٧٤ زوجاً من التوائم المتحدة ، حيث يعانى أحد التوأمين من الفصام ، وجد نسبة اتفاق ٨٦ في المائة - وبهذا ذهب فرانز كولمان إلى القول بوجود أساس وراثي للفصام غير أن بحثاً آخرين قد وجدوا نسبة اتفاق أقل بكثير مما توصل إليها كولمان في دراساتهم للتوائم المتحدة .

ولقد حاول أرنت كريتشمر دراسة العلاقة بين الأنماط الجسمية والفصام، فوجد أن كثيراً من مرضى الفصام يتسمون بالبناء الجسمي النحيل والرياضي . ولكن هذه النتائج مازالت موضع جدل .

٢ - العوامل البيوكيميائية : لقد أجريت العديد من الدراسات عن العوامل البيوكيميائية الشاذة في الاضطرابات الفصامية . غير أن نتائج هذه الدراسات مازالت غير مؤكدة . فبالنسبة للروتينات ، استطاع هيث ومساعدوه فصل مركب سام يسمى تاراكسين . ويعتقدون أنه يشبه السيروبولوبلازمين على الرغم من اختلافه كيميائياً في بعض الجوانب .

وقرر بحث آخرون ارتفاع مصل السيروبولوبلازمين عند الفصامين . كما وجد فيسيل ارتفاع اس - ١٩ - مأكروجلوبولين ، بينما لم يستطع آخرون تأكيد هذه النتيجة . وفيما يتعلق بالتمثيل الغذائي للأحماض الأمينية ، قامت محاولات لربط الأعراض الفصامية بتكوين الأمينات الشاذة التي يعتقد أنها تسبب الاضطراب النفسي ، ومنها :

تحول التريبتوفان الى ان ان دايمثيل تريبتامين . وهناك بعض الأدلة على ارتفاع نسبة السيروتونين في الدم في اليوم الأول من نوبة الفصام الحاد ، ثم تنخفض عن النسبة العادية . وترتبط هذه النتائج بزيادة واضحة لافراز التريبتامين في البول وزيادة بسيطة لافراز النواتج الأخرى من تمثيل التريبتوفان . وهناك رأى بأن نسبة بسيطة من الإينفرين أو النورابينفرين قد تخضع لتمثيل غذائي خاطئ عند الفصامين ، لتكون الأدرينوكروم أو الأدرينوكوتين أو غيرها من المركبات المسببة للاضطراب النفسي . ولكن مازال هناك شك حول ما اذا كان الأدرينوكروم والأدرينوكوتين مركبين يسببان الاضطراب النفسي حقيقة . وما اذا كان الفصاميون ينتجون في الواقع نواتج شاذة في التمثيل الغذائي . وفي التمثيل الغذائي للكربوهيدرات ، ذكر ان هناك عاملا ضد الانسولين يوجد في دم وبول الفصامين . وذكرت تقارير عن زيادة نسبة الأكتات الى البيروفات نتيجة التمثيل الغذائي الخاطئ للجلكوز ، ونقص في الهيكسوكينيز عند الفصامين ، وكلها في حاجة الى تأكيد .

٣ - عوامل العدد الصماء : لا يوجد دليل مقنع على ان الفصام ينشأ من اضطراب في العدد الصماء ، ولكننا نلاحظ ارتباطا عاليا بين التغيرات في استروبلز قشرة غدد الأدرينالين ، وبين تغيرات المرحلة الأكلينيكية للفصام . فقد وجد ساكر وآخرون ارتفاعا واضحا في افراز ١٧ - هيدركسي كورتيكواسترويد يصل الى ضعف الافراز العادي بمقدار مرتين أو ثلاث مرات ، أثناء فترات القلق الشديد أو الاكتئاب . وينخفض الافراز الى المستوى العادي أثناء المراحل التي تتميز بالهدوء النسبي . كما يرتفع افراز الإينفرين الى ثمانية أضعاف الافراز العادي أثناء مراحل الاضطراب .

٤ - العوامل السامة : لقد أدت ملاحظة ما يحدثه عقار المسكاليين

بقدر الال.اس.دى من ذهان،الى القول بأن الفصام قد يكون نتيجة تكوين مثل هذه المواد داخل الجسم .وعلى اية حال فان البحث بميل لأن يؤكد وجود فروق بين الفصام وتلك الحالات التى يحدثها العقار .

٥ - العوامل العصبية : لقد ذهبت لوريتا بندر الى تأكيد وجود عوامل اضطراب فى نمو الفصامين من الاطفال . فازمة فيسيولوجية كنقص الاكسجين اثناء ميلاد الطفل ، قد تكون عاملا مرسيا للفصام فى مثل لديه الاستعداد التكويني . ولقد استطاع وليم جولد فارب وآخرون ان يقسموا مرضاهم من الاطفال الفصامين الى مجموعتين ، مجموعة تظهر عليها علامات عضوية او مظاهر عصبية واخرى يبدو فيها ان العوامل النفسية هي العوامل الرئيسية للاضطراب .

ثانيا - العوامل النفسية الاجتماعية :

١ - الصراع النفسى : الشخص الفصامى كالشخص السوى يكون مدفوعا بدوافع ، وعليه ان يواجه العالم الخارجى مع محاولته اشباع حاجاته . ولكن الفصامى يختلف عن الشخص السرى بعجزه عن ان يوفق بين دوافعه والواقع الخارجى . ويظهر عجز شخصية المريض فى العلاقة بالواقع واختباره ، وتنظيم الدوافع والسيطرة عليها ، والقدر على اقامة علاقات طيبة مع الآخرين والاستمرار فيها ، وفى الوظائف الدفاعية كالكبت والاعلاء وتكوين رد الفعل وفى الوظائف المعرفية كالادراك والانتباه والتفكير واللغة ووظائف التركيب التى تساعد الشخص على تجميع وتنظيم وربط وتكوين صيغ ذات معنى من خبراته .

كما ان الفصامى يعانى كثيرا من خيبة الامل والاحباط وفقدان احترام الذات فى تعامله مع الآخرين والعالم الخارجى ، حتى انه عند

حد معين ينسحب وينصبح مشغولا بما يحدث فى داخله . ويصاحب عزله هذه ميل الى النكوص . وقد تظهر الهلاوس والهذات التى تعتبر اعراضا تساعد المريض على ان يواجه حالته الداخلية .

٢ - القصور فى علاقة الام بالطفل : لقد استخدمت آنا فرويد مفهوم « موضوع اشباع الحاجة » لوصف أهمية الام فى تزويد الطفل بأول خبرة مشبعة فى العالم الخارجى . وذكرت مارجريت ماىل مجموعة اعراض الذهان الطفلى التكافلى حيث تنضح علاقة التكافل بين الام والطفل ، التى يجد الطفل نفسه معها فى مواجهة صعوبة الانفصال عن الام وتحقيق ذاته . ونادرا ما يظهر أطفال مجموعة التكافل سلوكا مضطربا واضحا فى السنة الأولى من الحياة ، ولكنهم يظهرون اضطرابات شديدة فى السنة الثالثة او الرابعة ، عندما يحدث بعض الانفصال والاستقلال عن الام . فالحدود بين الذات وغير الذات تكون غير واضحة ، حيث ان الطفل فى حالة الذهان الطفلى التكافلى يبقى مثبتا او ينكص الى مستوى من اختبار الواقع يوجد معه هذات عن القدرة المطلقة . وكذلك يشيع مفهوم الام المسببة للفصام . ويقال ان تلك الام تنسم بالطموح الزائد ، وتكون رافضة لطفلها او قلقة جدا على مستقبله . كما تنسم بالسيطرة وتعامل مع أطفالها على أنهم امتداد لذاتها فتتدخل فى حياتهم متناسية حاجاتهم ورغباتهم .

٣ - التفاعلات الاسرية المرضية : قام ثيودور ليدز وآخرون بدراسات رائدة على البيئة الاسرية التى تنشأ فيها الفصام . وتبين من الدراسات أن أسر مرضى الفصام يتسمون بصفة عامة بعدم السعادة والصراع والتوتر والقلق فى سنوات نشأة المريض . ففى تلك الأسر لا يجد الأطفال تلك البيئة الخالية من الصراع حتى يتحقق الاحساس

بالأمن والقدرة على المشاركة وكبت العدوان ، كما أنهم لا يجدون مصادر تحفيق الذات . والأحداث التي تجرى داخل الأسرة تعوق تطور التفكير والتعامل الناضج .

ولقد أوضح جاكسون وباتيسون وآخرون : اضطراب التفكير لدى الفصامي عندما يتعرض دائما ولمدة طويلة للمواقف المزدوجة . فالمواقف 'لمزدوجة تؤدي بالشخص الى فقدان الثقة في أى تعامل ، كما يستحيل معها تفسير الواقع بدقة ، وعلى ذلك تنشأ الصعوبة فى العلاقات بالواقع . وينشأ الموقف المزدوج عندما يتعامل الوالدان مع الطفل بأسلوبين متناقضين فى وقت واحد . كما يحدث الموقف المزدوج عندما يتناقض محتوى ما يقال مع الجانب الانفعالى فى التعامل . ولكن من الجدير بالذكر أن نشير الى أنه لا يوجد هناك دليل على أن التعامل المزدوج يكون بالضرورة مرضيا كما لا يبدو أى دليل على أنه يؤدي الى اضطراب التفكير لدى الفصامي .

ويظهر الفصام فى مرحلة ما بين الطفولة ونهاية المرحلة المتوسطة من العمر ، ولكن يكثر حدوثه فى مرحلة المراهقة والسنوات الأولى من مرحلة البلوغ . وقد يظهر بين الأطفال فيما بين ٣ - ١٣ سنة .

الصورة الاكلينيكية : الفصام اضطراب غالبا ما يظهر تدريجيا ، فقد تكون هناك مرحلة انتقالية تمتد الى سنة او سنتين حيث ينتاب الشخص توتر متزايد ، وإرتباك وتشتت أثناء محادثة الآخرين . وعدم قدرة على مواصلة التفكير . وفى تلك الفترة قد لا يكون حديث المريض او استجابته للآخرين غير ملائمة . وقد ينظر بجمود بعيدا ، أو يبدو وكأنه يتفرس محاولة منه فى التقاط انتباهه . وتزداد حساسيته

للمرئيات والصوتيات الخارجية ، مما يؤدي الى التشتت . وقد يحدث صعوبة في الاحتفاظ بثبات ادراكى لكل من جسمه والعالم الخارجى . فقد يحس بان جسمه واجزائه قد تغيرت في الحجم أو الشكل أو انه قد يبصر ذلك التغير في ادراكه لأجسام الآخرين أو الكائنات غير الحية . والادراكات السمعية أيضا ، تكون غير مؤكدة وغير متميزة ، وعلى ذلك تكون مخيفة أو تبعث على الارتباك . ويصبح ادراكه لما يدور داخل جسمه أمرا يشغله . وربما يؤدي القلق والقصور في الانتباه وانحراف الإدراك الى عدم الارتياح المتزايد في علاقاته الشخصية .

وثناء المرحلة المبكرة ، قد لا يوجد خاصية واحدة بذل على الاضطراب الذهاني ، ففي بعض الحالات تكون الاعراض المبكرة أكثر دلالة على العصاب منه على الذهان . والعرض المبكر الشائع يكون ابتعاد والانزالية حيث الوحدة وفقدان الامل والكراهية والخوف . وغالبا ما يبدو المريض مشغولا وحالما ، وقد يتحدث عنه اصدقائه بأنه يبدو بعيدا عنهم ، ولا يعبأ كثيرا بأحاسيس الآخرين . ويظهر اهتماما قليلا بما يدرر في حياته . وخططه للمستقبل تكون غالبا غير واضحة وغير واقعية .

ويعانى المريض من احساس بالرفض . والطريقة المميزة التى يحمى بها نفسه من توبيخ الآخرين هى الابتعاد عنهم . ولكن هذه العزلة تؤدي بدورها الى الاحساس بالرفض وبالتالي الى زيادة العزلة ، حتى انه قد يبقى في حجرته ويظهر عدم اهتمام متزايد بأفراد أسرته ، وبميوه التى اعتادها وبمطالب بيئته . وتتميز نفعالاته بالسطحية وعدم الثراء والتنوع . ويفقد التلقائية والطموح ، كما يبدأ المريض فى

الإعتقاد بأن الآخرين يتحدثون عنه . ويهمل المريض اتباع التقاليد ، وغالبا لا يعنى بمظهره ونظافته ، كما أنه غالبا ما يكثر من التفكير والحديث فى الموضوعات الجنسية . وقد يشعر المريض أن شيئا غير عادى يجرى فى بيئته ، ويدفعه سوء التفسير والشك الى الانتقال من مكان الى آخر . ولبضعة أسابيع أو اشهر قد تكون البيئة الجديدة خالية من أى عدوان ، وبعد ذلك يبدأ المريض فى الإحساس بأن الناس تلاحظه وتتأمر عليه . وقد يظهر المريض نمطية ، كما قد يأتى بأفعال شاذة .

ويعبر بعض المرضى عن القلق بشأن حالتهم الجسمية . ويدل هذا على قرب ظهور المرض ، عندما تكون الشكوى غير عادية . ريشفل المريض فى بداية المرض غالبا بالتأملات المجردة ، وبالتأفيفية فى موضوعات كالخلق والسببية أو المعتقدات الدينية والتصوف والمشاكل عديمة المعنى . وفى المراحل المبكرة جدا يدرك قليل من المرضى أفكارهم الإيمانية وغيرها من الخبرات العقلية الشاذة ، تكون غير عادية . وقد يرغبون فى معرفة معنى خبراتهم وفهم مشاكلهم . وأحيانا قد تكون لديهم بعض التقدير للأسباب التى أدت الى مرضهم . وفى هذا الوقت قد يكون لديهم الرغبة فى مناقشة مشاكلهم . وتفقد هذه الرغبة فيما بعد ، ويصبح المريض غير متعاون . ولكن هذه الرغبة لا توجد لدى الكثيرين من المرضى .

الاضطرابات الانفعالية : وعندما ينتقل من هذه المرحلة المبكرة التى يمكن أن نعرفها بمرحلة النذير أو مرحلة الحضانة ، الى الذهان الواضح ، يظهر التبلد وعدم تجانس الإحساس . وخمول الإحساسات وقلة الاهتمامات التى تلاحظها فى المراحل المبكرة تأخذ فى التطير ، فلا

يستطيع المريض الاحساس وتنظيم انفعالاته كما يجب . ويوجد هناك انسحاب للاحساس او الانفعال من الواقع الخارجى الى الذات . ويتطور المرض وزيادة التبلد الانفعالى لا يصبح المريض غير مبال بالاتجاهات والقيم التى تجعل الحياة ذات قيمة فقط ، ولكنه قد لا يهتم باساسيات الحياة . وقد يظهر قليل من المرضى المرح او الاكتئاب، ولكن هذه الانفعالات على اى حال ، ينقصها العمق عادة .

واضطراب آخر فى الانفعالية هو التعبير الانفعالى الذى لا يرتبط بانواع . ويظهر هذا فى عدم التجانس الانفعالى حيث الابتسامة غير الملائمة او الضحك غير الملائم . وهذا التدهور فى التعبير الانفعالى وعدم ملائمة الاستجابات الانفعالية للمواقف تشكل احد الجوانب الهامة التى تفقد فيها الشخصية تنظيمها .

ومن الفروض الاكثر قبلا عامة فى تفسير الاضطراب الشديد فى الجانب الانفعالى . ان الانفعالية على النقيض مما يعتقد ، لا تفقد ولا تتحطم ولكنها تنسحب من الشعور ومن ادراك المريض ومن الواقع الموضوعى ، لترتبط بالمقد وغيرها من محتوى الانشعور . فالانفعالية تختفى لانها ترتبط بالافكار الشخصية الذاتية . وحيث ان الانفعالية ترتبط وتتحدد بمحتوى لا يخضع للسيطرة ، فان الانفعالات تبدو غير متجانسة مع المحتوى النفسى الذى ترتبط به الانفعالية والذى يتحكم فيها . فالاضطراب الانفعالى فى القصص يعتبر احلالا اكثر منه تدهورا .

والتبلد الانفعالى للمريض ربما قد يفسر بطريقة مختلفة ، فاحدى طرق الشخص العادى التى قد يعالج بها المواقف الصعبة التى تهدده،

هى التقليل منها أو تجاهلها . وكذلك يدافع المريض عن نفسه بافامة حاجز من الالامبالاة حوله . وعلى الرغم من أن هذا التبلد قد ينشأ كميكانيزم دفاعى ضد موقف مشكل فانه يصبح نمطا سلوكيا عاما للمريض . وعندما ينسحب الانفعال من الشعور فان الموضوعات المألوفة التى كانت ترتبط به فيما سبق ، ترتبط بمحتوى الاشعور ، وهى حالة تعرف بفقدان الذاتية . وينتاب المريض احساسات بعدم الوضوح أو عدم الواقعية أو الانفصال أو أن يكون مشاهدا للحياة بدل أن يكون له فيها دور ويشعر بأنه قد تغير كلية عن ذى قبل . ونتيجة لذلك ، لم يعد يعترف بنفسه كشخصية . واتبرير هذا الاحساس فان المريض قد يحس بأن اجزاء جسمه أو عقله تبدو غريبة وانها قد لا تنتمى اليه . وقد ينمى مزيدا من الافكار الانعدامية ، ويعتقد انه لم يعد له جسم ، أو لا يوجد هناك عالم أو انه ميت . وبالإضافة الى هذا التغير فى الذات، فان البيئة قد تبدو له غير طبيعية وانها قد فقدت خاصيتها الواقعية.

الانتباه : يتميز الفصامى بقللة الانتباه ، الامر الذى يرجع الى عدم اهتمام المريض بالعالم الخارجى وانشغاله بذاته . وتؤثر قللة الانتباه هذه على اجابة المريض على ما يوجه اليه من اسئلة ، حيث تتميز اجاباته بالتفاهة وعدم الصواب لان اهتمامات المريض تكون موجهة الى موضوعات لاتصل اليها الاسئلة العادية .

التفكير : الامر الطبيعى أن يكون تداعى الافكار متتابعاً، وارتباطها ارتباطاً منطقياً محدداً ، لتكتمل عملية التفكير فى النهاية ، ولكن فى حالة الفصام يكون هذا التداعى مفككا وينقصه العلاقة المنطقية . وعلى الرغم من أن اضطراب التداعى فى حالة الفصام لا يظهر بوضوح الا اذا حدث تفكك شديد فى الشخصية ، فغالبا ما نجد قبل ظهور الذهان بفترة

طويلة أن المريض يظهر ارتباطات تداعى ضعيفة في التفكير . وفيما بعد يتحدث المريض بعبارات عامة ومجردة يصعب فهمها . كما أن نسلسل التفكير لا يتتابع نحو هدفه المنطقي مما يكون نتيجة التداخل وعدم التنظيم . وإذا كان المريض على وعى بالتفكير غير المنظم ، فإنه قد يملأ ذلك بأن افكاره قد سحبت من رأسه .

واستجابات المريض غير الملائمة للأسئلة التي توجه اليه عندما يكون الشعور غير ملبد خاصية يتميز بها الفصام . وغالبا ما يبدو على مرضي الفصام صعوبة في التفكير ، وبطء في مجراه واعتقار في محتوياته . وان كان من الشائع في كثير من الحالات أن يعانى المريض في بدء المرض من ضغط الفكر حيث يتدفق تيار الفكر غزيرا دون سيطرة المريض على افكاره . وتفكير الفصامي تفكير ذاتي وغير واقعي . كما تشيع في الفصام في درجاته الاولى ظاهرة توقف الفكر اذ تنقطع سلسلة التفكير فجأة الى فترة قصيرة وينقطع حديثه تماما . وقد يحدث هذا التوقف عندما يقترب التداعى من موضوع الصراع المؤلم . ويتميز تفكير الفصامي أيضا بعدم التماسق أو أن يجمع المريض بين فكرتين أو كلمتين في واحدة مما يعرف بالتكثيف ، أو يتعلق بفكرة واحدة يظل يردد على رتيبة واحدة . أو يقتصر فكر المريض على ترديد ما يقع على سمعه مما يعرف بالمصاداة .

الهذات : يتميز مضمون أفكار الفصامي غالبا بالهذاء . وهذات الفصامي لا تكون عديمة المعنى ، ولكنها محددة وتتفق مع حاجاته النفسية وفي حدود خبراته مع اهمالها للواقع . وفي المراحل المبكرة للفصام قد تكون الهذات غير ثابتة ، وقد يكون المريض أحيانا في شك من أمر افكاره الإيمائية أو عنوان البيئة نحوه وفيما بعد يصبح

مقنعا بأن هذهأاته حقائق واقعية . وتتناول الهذات غالبا تلك المشاكل التي تتعلق بالاتجاهات والدوافع المعطلة والآمال التي اُحسنت ولاحساس بعدم الأمن والاحساس بالذنب وغيرها من محتوى اللاشعور .

الهلاوس : يعتبر الفصام الاضطراب النفسي الذي تحدث فيه دلاوس او اسقاط الدوافع والخبرات الداخلية على العالم الخارجي في شكل صور ادراكية . مع عدم تلبد الشعور غالبا ، وميكانيزم الهلاوس في حالة الفصام لا يختلف عنه في حالة الحالات المرضية الاخرى . فالحتوى اللاشعوري يظهر ويؤدي الى صور من الادراك استجابة لحاجات ومشاكل نفسية ، فالرغبات المنبوذة ، والاحساسات بالذنب تسقط كهلاوس سمعية تنهم المريض وتنقده . والمريض لا يستطيع بسبب تفكك شخصيته ان يدرك مصدر او دلالة هلاوسه ، ويعتقد في صحة هذه الصور من الادراك التي يسقطها ويتقبلها ويستجيب لها . فلم يعد المريض يميز بين الخبرات الذاتية والوضوعية ، ونتيجة لذلك يميل الى تغيير الواقع بهلاوس والهذات . ولكن ليست كل موضوعات هلاوس الفصامي اتهامية . فقد بينت الدراسات الحديثة ، ان الادراكات السمعية قد تبعث على راحة المريض ، فتمده بالصحة والنصيحة والاحترام وحتى الاشباع الجنسي . وادراكات الهلاوس هذه يحددها المريض غالبا على انها تمثل أصوات اشخاص ذوي أهمية في حياته كالآباء والاصدقاء ، وتبدو كأنها تحل محل هؤلاء الاشخاص . وغالبا ما تنشأ خبرة الهلاوس عندما يفقد الفرد علاقة هامة ، او انه نتيجة لعزلة المرض او الحاقه بالمستشفى يحرم من تلك العلاقة . وقد يجد الفصامي ان هلاوسه تقوم بمساعدته ، حتى انه لا يرغب ان يتخلى عنها ، فهي تكون احد اساليب تكيفه ، ويصبح مشغولا لا بعالم الواقع وانما بعالم الهلاوس ، وفي حماية من اضطرابات نواقع .

(م ١١ - الطب النفسي)

والهلاوس في حالة الفصام تكون غالبا سلبية ، وتقتصر الهلاوس البصرية على المراحل الحادة من المرض . ويصاحب الهلاوس في بدايتها تور انفعالي ويكون لها تأثير تهيجي على المريض . ولكن بمرور الزمن يقل تأثيرها على السلوك .

الدافعية : من بين الاعراض الهامة في الفصام اضطرابات الدافعية . فكثر من أوجه النشاط الشاذة والاندفاعية تنشأ من عدم تكامل الدوافع والانفعالات . والسلوك الاندفاعي للفصامي ، يجب أن ننظر اليه على انه نتيجة للتناقض الانفعالي وتناقض الاستعدادات الدافعية .

ولقد ذهب بلويلر إلى تأكيد مفهوم المظاهر المتناقضة للدافعية والانفعال ، واعتبر هذا التناقض عرضا رئيسيا للفصام . فالرفض الشجوري وانكار التعبير عن رغبة من الرغبات مع التعمير عنها بطريقة غير مباشرة بإسقاطها في صورة هلوسة أو هذاء تكون مظهرا من مظاهر التناقض . وقد يظهر التناقض الانفعالي في الخليط غير الثابت من الحب والكراهية والتردد الذي لا حصر له بين العاطفة والعبدوان ، مما يؤدي أحيانا إلى نوبات اندفاعية . وأحيانا قد يقاوم الفصامي شجوريا دائما ما ، ولكنه قد يضع هذا الدافع موضع التنفيذ . والدوافع اللاشعورية التي تعمل بهذه الطريقة تعطي المريض إحساسا بأن هناك قوى تسيطر عليه . وهذا الإحساس بالخضوع لقوى مهيمنة ، يسمح بقبول أفكار أو التهازل في أنماط سلوك ، لا تتفق والمعايير الاجتماعية للفرد ، ولكن لم يعد المريض يدرك مسئوليتها .

الخمود : ومن اضطرابات النشاط التي تشيع في الفصام تجنب النشاط التلقائي والمبادرة وظهور حالة من عدم النشاط ، الأمر الذي يعرف أحيانا بالخمود . وهذا التدهور في عادات النشاط ربما يفضل

انظر اليه على انه فقدان الاهتمام والرغبة في العزلة ، وهو أسلوب يتناهى الفصامي لرفض العالم الذي لا يستطيع ان يواجهه . ويميل سلوكه لان يصبح ذاتيا ونكوصيا . فبينما يجد الشخص العادى اشباعه في ان يوجه نشاطه الى العالم الخارجى ، فان تلك الوسيلة لا تشبع الفصامى .

العناد والقابلية للايحاء : والعناد اضطراب آخر ، قد يظهر في صورة خلاف مع البيئة ، ومعارضة رغبات الآخرين ، وفي الحالات الشديدة يظهر العناد في صورة بكم ورفض الطعام والبلع ، وحتى تغريغ البول . وربما قد يشعر المريض أن العناد وسيلة آمنة للتصير من العدوان .

وعلى الرغم من أن القابلية للايحاء على عكس العناد تعكس في بعض مظاهرها ، إلا أننا نلاحظ أحيانا نوعا مرضيا من القابلية للايحاء يبدو أنه يهدف الى ما يهدف اليه العناد من حيث تقليل الاتصال المضطرب بالواقع . فقبول واتباع ما توحى به البيئة دون مناقشة أقل اضطرابا للمريض مما يؤدي اليه معارضتها . وعلى ذلك ، قد يظهر المريض طاعة عمياء للتعليمات دون أن يتسائل عن ملامتها أو دلالتها . وبدلا من أن يجيب على السؤال فإنه قد يردده بطريقة بيفاقية تعرف بالمصاداة ، كما يقلد حركة الشخص الذى يتعامل معه بما يعرف بالمحاكاة .

والانثنائية السمعية في حالة الكاتونيا تمثل هذه القابلية السلبية للايحاء الى درجة قد تؤدي بالمريض الى تجاهل الالم الجسمى . ومن بين اضطرابات النشاط النمطية والرتابة اللتين تشغلان حيزا كبيرا في الصورة الاكلينيكية - «النمطية في الفصام متباينة» ، فقد تشمل التكلف في الكلام والمشي ، وقد تظهر في التجمه ونفخ الوجنتين وتجميد العجبة

الزومات العصبية ، او في اداء بعض النشاطات التى تشكل نوعا من الطقوس . ويتخذ بعض المرضى وضعا معيناً دون تغييره . واحياناً يرضى المريض شفتيه ويمدها للخارج . وعامة تبدو اوضاع المريض وبما ان افعاله غامضة . فسلوك الفصامى الشاذ له معنى عنده ، بينما يكون الفرض منه وقسمته غير واضحة للآخرين بسبب التكيف او الرمية .

الشعور والتكامل : يتميز الفصام بتدهور بسيط نسبياً في الشعور او الوعى او الذاكرة . فادراك الفصامين للزمن يبدو متدهوراً ، فكثير منهم لا يستطيع تقدير وحدات من الزمن بدقة ، وغالباً ما نحصل على اجابات غير صحيحة لاسئلة تتعلق بالوعى ، ولكن هذا قد يرجع الى العناد او الى قلة الانتباه .

وبسبب اضطراب وظائف الشخصية ، من معرفية وانفعالية ودافعية ، يوصف الفصامى غالباً بأنه مخبول . وهذا أمر غير صحيح على أية حال ، لانه لا يوجد تدهور في الوظائف انعقالية غير قابلة للعلاج . وما يحدث للفرد يعتبر تفككا في الشخصية . والمريض لا يكون لديه اى تقدير عن هذا التفكك فقط ، ولكن مفهوماته عن شئونه الشخصية وعلاقاته الاجتماعية تصبح غير صحيحة وغير ثابتة بسبب ميله للانطوائية وتشوه كل من الواقع الطبيعى والاجتماعى خلال الهذات والهلاوس.

التغيرات الجسمية : في حالات الفصام الشديدة الاضطراب ، تظهر احياناً بعض الخصائص الجسمية . واكثر هذه الخصائص حدوثاً عدم الاتزان العام للجهاز العصبى الاوتونومى حيث تكون اليدين والقدمان باردة وذات لون ازرق مع بقع على الجلد . ويظهر أيضاً عدم الاتزان في اتساع انسان العين الذى يضيق عند القصر بالضوء ثم يعود مرة أخرى الى الاتساع . وفي حالة الدهول الكتائونى ينتاب المرضى الذين يستمرون

في الوقوف دون حركة استسقاء في الاطراف السفلى . وقد يحدث في المراحل المبكرة العرض غالبا دوار ونوبات من الهستيريا والصرع . كما ينقص وزن كثير من المرضى اثناء المراحل الحادة من المرض .

انماط الفصام : هناك ثمانية انماط رئيسية للفصام . ويجب ان نتذكر ان الصور الاكلينيكية التي تظهر لدى المرضى لا تتمشي دائما مع ما تتناوله المراجع من خصائص ، وان المريض قد يظهر خصائص اكثر من نمط من الانماط . واحيانا قد يظهر المريض في وقت ما الاعراض الرئيسية لنمط من الفصام ، وفي وقت آخر يظهر اعراض نمط آخر .

الفصام البسيط : في هذا النمط تظهر الاضطرابات بوضوح في انفعالات المريض واهتماماته ونشاطه . وتكون الهلوس نادرة ، كما ان الهذات لا تقوم بدور ذي أهمية . ويظهر الاضطراب عادة تدريجيا . فالشاب الذي يظن تقدما في دراسته او عمله يبدأ في فقد الاهتمام بتلك الدراسة او العمل ، وتصبح انفعالاته غير ثابتة ويبدو في حالة استشارة وتسولا ، وتصبح اهدافه غير واقعية . ويظهر ضعف الشخصية الذي يكون الخاصة السائدة لهذا النمط في سطحية الانفعالات او عدم المبالاة وضعف الارادة . كما ان المريض لا يعا بنقد الآخرين ولا بحزن الوالدين ويفقد تقديره للقيم الاخلاقية . ويصبح كثير من المرضى غير مسؤولين او كسالى او متشردين او منحرفين . وعلى الرغم من ان الوظائف العقلية لم تتدهور ، فان المريض يستطيع القيام ببعض الاعمال البسيطة فقط تحت اشراف من الآخرين .

الفصام الهيفرنى : ينشأ هذا النمط خلسة ، وعادة ما يبدأ مع بداية المراهقة . واحيانا قد يكون المرض سريع الظهور ويتميز بالاكثاب . وعلى اية حال ، فعادة ما تكون الاستجابة الانفعالية سطحية

وغير ملائمة . وتظهر الهلوس والهذات الموهشة . وتكون عمليات التذامى مفككة والكلام غير متناسق ، وتشيح اللغة المبكرة ، كما تقلب انمطية . وتسود هنا الخصائص النكوسية ، فيشيح الليل والاسباح كما يأكل المريض بطريقة لا يلتزم فيها بما يتبع من آداب ، وتصبح حياة المريض متميزة بالذاتية ، فيصبح غير متعاون ومنطويا .

الفصام الكتاتوني : يتميز النمط الكتاتوني بأطوار من الذهول أو الهياج ، وفي كليهما يسود العناد والذاتية . وقد يوجد تبادل بين قلة الحركة أو انعدامها من ناحية والنشاط الزائد الاندفاعى من ناحية أخرى . وعلى أية حال ، فغالبا ما تظهر نوبة الكتاتوني في طور واحد على مدى مسارها ، سواء في صورة ذهول أو نشاط زائد غير منظم . ويظهر المرض غالبا فيما بين ١٥ ، ٢٥ سنة . وتنشأ الكتاتونيا في معظم الاحيان حادة ، ويرسبها غالبا أو يسبقها خبرة انفعالية مؤلمة . والشفاء مع استعادة المريض لتكامل شخصيته ، بعد نوبة من الكتاتونيا يكون افضل مما يحدث في انماط الفصام الاخرى ، على الرغم من أنه بعد عدد من النوبات يوجد ميل لأن يأخذ النمط الكتاتوني وضعا يقرب من حالات الهيغرنيا أو البارانويد حيث تفكك الشخصية الدائم .

الذهول الكتاتوني : يسبق الذهول الكتاتوني أو طور الذهول ، غالبا الاكتئاب أو عدم الرضى . فيميل المريض الى الابتعاد عن الآخرين ؛ وتتميز استجاباته بفقدان الاهتمام وعدم الانتباه ، والانشغال ، والافتقار الانفعالى ، كما يصبح المريض حالما وأبكم ويعتري وجهه الجمود ، وأحيانا قد يغمض عينيه ولكنه غالبا ما يحرق الى أسفل . وقد يقف في معظم الاحيان دون حركة طوال اليوم ، وتنادرا ما ينتقل من مكانه . وقد يمضي مريض آخر اليوم جالسا على حافة الكرسي أو جالسا

انقضاء على الأرض : ومع فقدان المريض الاحساس بالواقع ، ينكر المريض العالم ويقاوم البيئة ، ويعارض أى محاولة لتحريكه من موضعه الذى يتخذه لأشهر . كما يرفض المريض وضع الثياب أو تناول الطعام ، على الرغم من أنه أحيانا ، إذا اعتقد أن أحدا لا يلاحظه ، فإنه يتناول الطعام بشراهة . وغالبا ما يحتفظ المريض باللعاب والبول والبراز . وقد لا يقوم بتوسيع ملابس فقط بل يهتم في كل عادات النظافة . وتضيع الأيماءات والتجهم ، وقد تبقى يد المريض قابضة جامعا . كما تستمر أيضا التوترات العضلية الأخرى . وأحيانا فإن مظاهر الكتاتونيا الحسية تشبه إلى حد ما عدم الحركة والجمود الباركينسونى . وقد يوجد عدم الحركة سواء الانشائية أو الجامدة . نفى هذه الحالة لأيقوم المريض بحركات تلقائية ولكن يتخذ الوضع الذى يوضع فيه . فمن طريق الطاعة العمياء ، قد يقوم المريض بتنفيذ أى تعليمات بفرض النظر عن سخافتها وخطورتها . كما أنه لا يظهر استجابات تجسدية لأى مشيرات مؤلمة . وعلى الرغم من أن المريض لا يعطى أى دليل على أنه على وعى بما يحدث له ، فإن المريض يلاحظ حقيقة الأحداث التي تدور من حوله ، وعندما يبدأ في الحديث مرة أخرى ، فإنه قد يسرد بالتفصيل كل ما حدث أثناء حالة الدهول . وقد ينظر إلى الدهول على أنه انسحاب ليه الحماية من الاتصال بما يهدد المريض .

وبعد فترة قصبان كثيرا في مدتها ، قد يشفى المريض ببطء ، أو فجأة أحيانا ، من هذا الكف العام . وقد ينتهى أحيانا الجودالكتاتوني والعتاد استجابة لمشيرات انفعالية . وقد يعود الاهتمام والانتعاش والسلوك إلى الحالة المادية تقريبا أو قد يحتاج المريض حالة هياج كاتونى .

الهياج الكتاتوني : يتميز الهياج الكتاتوني بالنشاط العدواني غير المنظم . ولا يعاحب الهياج الكتاتوني تغير انفعالي ولا يتأثر بالمتغيرات الخارجية ، كما انه لا يكون ذا هدف ، ويتميز بالرتابة . والمريض في حالة الهياج الكتاتوني ، دون غيره من الفصامين ، يظهر غالبا سلوكا اندفاعيا لا يمكن التنبؤ به . فبدون انذار او سبب واضح ، قد يهاجم شخصا يقف بجواره او يكسر نافذة . كما يمزق ثيابه ويبقى مريانا ويهمل نظافة كل الاغراض . والصناد يكون عادة ملحوظا . وقد ينتقل المريض في كلامه من حالة البكم الى تطاير الافكار . كما يتضح اتصنع والبنمطية والرتابة والتجهم . وقد يستجيب المريض للهلاوس البصرية او السمعية الخيفة . ويشجع العدوان والاحساس بالاستياء وقد يصاب المريض الارق والهذيان ، كما يرفض الطعام ويصبح في حالة اجهاد . وغالبا ما يفقد المريض وزنه بسرعة . ونادرا ما تنتهى حالة الهياج الكتاتوني الشديدة بالموت . ولا يوجد عادة سبب باثولوجى لتفسير الوفاة ، ولكن يقال ان سببها مجموعة امراض الاجهاد .

فصام البارانويد : تعتبر الهذات هي الخصائص الواضحة في هذا النمط من الفصام وانى غالبا ما تكون كثيرة وغير منطقية . وتهمل الواقع . ومن الخصائص ايضا الهلاوس واضطراب التداعى والانفعال والصناد . وغالبا ما تتميز شخصية المريض قبل المرض بافتقارها الى العلاقات الطيبة مع الآخرين ، والبرود والعزلة والتشكك والاستياء . كما قد تتميز الشخصية بالعنف وكثرة الجدل والاستهزاء والنهك من السلطة . ويميل فصام البارانويد لان تظهر صورته الصريحة في سن متأخرة الى حد ما ، عن انماط الفصام الاخرى . فيحدث غالبا بعد سن الثلاثين ، فتصبح اتجاهات المريض السلبية اكثر وضوحا ، ويشجع سوء التفسير وغالبا ما تكون الافكار اليمائية بين الامراض الاولى .

ويظهر تفكك التداعي ، كما يظهر كثير من المرضي عدوان انفعالي غير سار . ويبدأ ارتباط المريض بالواقع في التفكك . وتكون هذائنه في البداية محدودة ولكنها تصبح فيما بعد عديدة ومتغيرة . وفي المراحل المبكرة أيضا ، تشير الهذات عادة الى الحاجات النفسية او الخبرات ، التي يرغب المريض في مواجهتها . وهذات الاضطهاد أكثر الهذات حدوثا في فصام البارانويد ، ولكن يشيع أيضا افكار تحقيق الرغبات وبهم المرض ، ومع زيادة تفكك الشخصية ، تصبح المعتقدات الهذائية أقل منطقية . والتعبيرات اللغوية قد لا تكون ملائمة ومبتكرة . ويكون المريض خاضعا للقوى السحرية الغامضة ، وتصبح تفسيراته غامضة وغير منطقية . وقد تنطلق الميول العدوانية المكبوتة في نوبات شديدة . ويكون كثير من مرضي فصام البارانويد في حالة استثارة ، وعدم رضي واستياء وتشكك ، ويظهرون الكراهية الشديدة والعدوان الذي يصعب مواجهته ، وقد يعيشون في حالة عزلة مريرة . ونحدث عادة الهلاوس السمعية حيث تشير الاصوات في معظم الاحيان الى التهديد والاضطهاد . ويتطور تفكك الشخصية تصبح الاستجابات الانفعالية أكثر تبليدا ، وتشيع النمطية والتبليد وعدم التناسق .

الفصام الانفعالي : حالات هذا الاضطراب قليلة الحدوث وتتميز بنوبات يظهر فيها خليط من الاعراض الفصامية والانفعالية . فالمحتوى العقلي قد يظهر اهمال الواقع مما يوصف بالفصامية ، بينما يتسم الانفعال بالمرح او الاكتئاب . وفي بعض الحالات قد تكون شخصية المريض قبل المرض شبه فصامية او من ناحية أخرى منطلقة واجتماعية ، ومع ذلك فالخصائص الاكلينيكية للذهان قد لا تتسق مع نمط الشخصية قبل المرض . ويشيع الاكتئاب بين الافراد شبه الفصامين ، والذين يظهرون القلق بالإضافة الى الاكتئاب واعراض تصابية عديدة . وعادة ما يرفض أولئك المرضي العلاج .

نوبات الفصام العادة : يتضمن هذا النمط حالات تظهر عليها اعراض فصامية لا تدخل ضمن الأنماط التي ذكرناها ، كما يتميز هذا النمط بحدة النشأة . وقد تتضمن الاعراض ارتباك التفكير والاضطراب الانفعالي الذي يظهر في الحيرة والقلق والأفكار الإنمائية ومظاهر التفكك . وغالبا ما يوجد هياج أو اكتئاب . وكثيرا ما تختفي الاعراض خلال اسابيع ، ولكن قد تظهر مرة اخرى . واذا طالبت النوبة ، فإن الصورة الاكلينيكية تأخذ أحد الأنماط التي سبق ذكرها .

الفصام التقي : يستخدم هذا المفهوم لوصف حالات بعض المرضى الذين يظهرون اضطرابات ملحوظة في التفكير والانفعال رغم شفائهم من اعراض أحد أنماط الفصام المحددة ، ورغم أنهم أصبحوا قادرين على التفاعل في المجتمع .

مسار الفصام : على الرغم من أن الفصام غالبا ما يحدث فجأة ، إلا أن الفحص الدقيق لتاريخ نمو المريض يبين أن هناك كثيرا من دلالات اضطرابات الشخصية في السنوات الأولى . ولقد وجد في إحدى الدراسات المتبعة أن الأطفال الذين انتابهم الفصام فيما بعد كانوا أكثر الأطفال عرضة للأمراض المعدية أثناء السنتين الأولى من العمر ، كما كانت مشكلاتهم التي تتعلق بالسمع وصعوبات الحركة وتشوهات الجسم أكثر من الأطفال العاديين . وأيضاً ظهور السلوك اللا اجتماعي بين الأطفال الذين تعرضوا فيما بعد للفصام . فقد كانوا أطفالاً معدوانيين وغير مهذبين ومخربين ، ولقد كانت المخاوف والاكتئاب واتجاهات انبساطية تسود بينهم بدرجة أكبر من الأطفال الآخرين .

ومن حيث مسار المرض فإنه يتميز بعدم الثبات ، ففي بعض الحالات يتطور مسار المرض باستمرار ، وفي بعض الحالات يكون المرض

منقطعا ، ولكن غالبا ما يتم مسار المرض بالكمون والانتكاس . والسن الذى ينشأ فيه المرض ليس له دلالة فى مسار المرض ، أما الجنس فليس له دلالة تنبؤية . وحيث ان نشأة المرض فى المراهقة قد تحدث أحيانا بعد فقدان علاقة صداقة ، فان الدراسات قد اظهرت ان نوع ومدى علاقات الصداقة لها قيمة تنبؤية بالمرض . ولقد وجد ان المرضى الذين يواصلون مسار التدهور الزمنى والدخول فى المستشفى لا يكون لهم فى المراهقة أصدقاء . او يكون لهم أصدقاء قليلون جدا ، كما ان تلك الصداقات نادرا ما تطول ، واذا قطعت فنادرا ما تعود . وعادة ما يكون الصديق اكبر او اصغر من المريض كثيرا ، ونادرا ما يكون هناك تفاعل بين المريض والصديق ، كما ان هذا التفاعل يكون قاصرا على شكل واحد من النشاط . ويلاحظ كذلك قصور فى مشاركة المريض فى الأنشطة الاجتماعية . وعادة اذا ما نشأ المرض خلسة وتكشفت فيه الشخصية شبه الفصامية فان التنبؤ بمسار المرض يكون غير حميد . وكلما كان تكيف المريض قبل المرض مرضيا وكان المريض قد اعتاد على مواجهة المشاكل والصعوبات بثقة اكبر ، واهتماماته اكثر تعددا ، والموقف المرنسب للمرض اكثر تحديدا ، ونشأة المرض اكثر حدة ، فان مسار المرض يكون افضل .

ومع وجود خصائص كذلك يكون الشفاء التلقائى بدون مجهودات علاجية أمرا شائعا . ووجود عوامل ذهانية او شبه فصامية لدى الأم وعدم الابتعاد عن الاسرة المريضة ، وقلة التنفيس عن المرض فى المجتمع ، كلها متغيرات ثبت ارتباطها بأزمان المرض . كما ان الانعزالية الخلسة يمكن ان تؤدي الى تفكك الشخصية الذى لاشفاء منه . ومسار المرض لا يتأثر بقدرات المريض وتعليمه . وهلاوس الاتهام الذات لها قيمة تنبؤية حميدة ، حيث يبدو انها ترتبط برغبة المريض فى تقبل بعض مسؤولية

سلوكه . ووجود عناصر من المزاج الدوري تعتبر مؤشرا حميدا بينما
١ تعتبر كذلك الهلاوس التي تستمر بعد زوال التوتر الانفعالي . ونادرا
ما نتوقع مسارا حميدا مع استمرار الذهان لمدة سنة دون علامات
تحسن مؤكدة . وكمون المرض السابق ، يجب ان يؤدي بنا الى ان نوقع
ان النوبة سيعقبها حالة من التحسن . وكلما دامت الفترة بين النوبات
كلما كان مسار المرض حميدا .

وجدير بالذكر ان تشير الى مسار الانماط المختلفة من الاضطرابات
الفصامية . ففي حالة الكاتونيا يكون مسار الاضطراب حميدا
نسبيا اذا كانت نشاته فجائية والنوبات مازالت حادة حيث يستعيد كثير
من هؤلاء المرضى ما كانوا عليه من تكيف قبل الذهان لفترات مختلفة
تصل أحيانا لسنوات عديدة . ومسار المرض في حالة الفصام البسيط
مع نشأة الاضطراب خلسة وعدم وجود ضغوط بيئية غير عادية ، يكون
ضعيفا . والنمط الهيفرني من الفصام يميل لان يتخذ مسار عديم
التكامل المتطور ، على الرغم من ان فترات من الكون قد تحدث أحيانا
بل ان تفقد الشخصية تكاملها نهائيا . وفيما يتعلق بفصام البارانويد
فانه مما لاشك فيه انه قد يحدث كمن المرض . وقد ينظر الى هذا
على انه شفاء اجتماعي ، ولكنه نادرا ما يكون شفاء نفسي حيث يكون
المرضى في حالة تكيف اجتماعي ، ولا يوجد تشوه الواقع استجابة
لحاجات شخصية ، ولكن هناك اتجاهات فظة ومريرة تدل على وجود
عملية غير حميدة .

العلاج : علاج الفصام وخاصة في مراحله الأولى يؤخذ الآن بنظرة
أكثر تفاؤلا عما كان يحدث فيما سبق . وعلاج الفصام النموذجي يجب
ان يبدأ قبل ان تظهر أعراض الاضطراب النفسي، ولكن هذا نادرا

ما يحدث. وبعد الفحص يجب ان يقرر الطبيب عادة ما اذا كان المريض يجب ان يعالج داخل المستشفى او خارجها . واذا اضطرب السلوك بما يستد قبل المجتمع للمريض فانه ينصح بسرعة ادخال المريض المستشفى . وينصح بصورة من صور الرعاية عندما يكون المريض مقيما في منزل بنون اتجاه الاسرة فيه جداليا او ناقدا او مسيطرا او رافضا . فالعزلة الاجتماعية في البيت وقلة المهارات المهنية والاجتماعية قد يحسن معها رعاية من المستشفى نهائيا او ليلا .

العلاج الفارماكوولوجي : لقد اصبحت العقاقير اليوم تقوم بدور كبير في علاج الفصام ، حيث يفضل اعطاء المريض احدا عقاقير مشتقات الينوثيازينز . ولقد كان الكلوروبرومازين احدا هذه العقاقير التي يفضلها كثير من الاطباء لغالبية المرضى . فيعطى في حالات الفصام المضطربة البسيطة بجرعة مبدئية من ٢٥ الى ٥٠ مليجرام عن طريق الفم ثلاث او اربع مرات يوميا لمدة ايام للتأكد من تحمل المريض له . وقد يعطى بعد ذلك في جرعات من ١٠٠ او ٢٠٠ مليجرام ثلاث او اربع مرات يوميا اذا كانت حالة المريض تتحمل هذه الكمية . وقد يعطى كثير من المرضى ٤٠٠ مليجرام يوميا لفترة غير محدودة . بينما يعطى بعض المرضى ١٠٠٠ مليجرام او اكثر يوميا دون ان يكون هناك اي مضاعفات . واذا كان المريض في حالة اضطراب فعلا ، فيمكن اعطاؤه حقنة في العضل بجرعة ٥٠ مليجرام او بجرعة ١٠٠ مليجرام كل ثلاث او اربع ساعات . ويعطى عقار الكلوروبرومازين لكل انماط الفصام ، ولكنه ذو قيمة خاصة في علاج المرضى الذين يظهر التوتّر والنشاط النفسحركي الزائد ، والاضطراب والانفعالية ونوبات العدوان ، والتخبط واستجابات البارانونيد . واعطاء الكلوروبرومازين غالبا ما يؤدي الى اختفاء الهلوس والافسكار الهذائية خلال الاسبوعين الاوليين من العلاج ، وكلما طالت مدة المرض

قلت فرصة الشفاء باستخدام الكلوربرومازين . وافضل النتائج نحصل عليها مع المرضى الذين لم يعانون من المرض لأكثر من سنتين . وفي هذه الحالة تتوقف النتائج كثيرا على المظاهر الاكلينيكية ، وتكون درجة التحسن كبيرة بين المرضى زائدي النشاط المضطربين ، حيث يصبح من السهل اخضاعهم للعلاج بالعمل او غيره من العلاج الذي يقسم على النشاط ، والى حلما للعلاج النفسي . وعلى الرغم من ان معظم الفصامين الزائدي النشاط الذين يكونون قد قضوا في المستشفى فترات طويلة يظهرون بعض التحسن ، فان نسبة لا تزيد من ٥ الى ١٠ في المائة من اولئك الذين يقضون في المستشفى اكثر من خمس سنوات متواصلة ، يصبحون في حالة جيدة تكفى لتركهم المستشفى ، وان عددا كبيرا الى حد ما قد يعود ثانية الى المستشفى فيما بعد . وقد تستمر الهذات والهلاوس ، ولكنها عادة لم تعد تقلق المريض . كما ان المريض النكد التهمى العدوانى يكون اقل استشارة ويصبح غالبا هادئا ومتعاوناً .

ومن بين انماط الفصام المختلفة ، يبدو ان حالات البارانويد الحادة تستجيب بدرجة افضل ، يليها حالات الكتاتونيا الحادة . ويتأثر سلوك مرضى الكتاتونيا الزمنة والهيپرفرنيا بدرجة اقل على الرغم من ان الافعال العدوانية والانذفامية تقل عادة باستخدام عقار الكلوربرومازين .

ولقد ذكر ان هناك عقاقير اخرى من الفينوثيازينز ، اكثر فاعلية في التأثير على بعض انماط الاضطرابات السلوكية من عقار الكلوربرومازين . فمقار الاستيلازين ، اكثر فاعلية في حالة الفصامى الذى يتسم بالانمزالية والتبلىد والاكتئاب . ويعطى العقار بجرعة اولية ٥ مليجرام ثلاث او اربع مرات يوميا عن طريق الفم ، تزداد الى ان تصبح ٦٠ - ٨٠ مليجرام يوميا .

وهناك التريالافون الذى يعطى للمرضى الذين يحتمل تعرضهم للشمس، حيث ان استخدام العقار لا يصاحبه حساسية ضوئية للجلد التى تلاحظ مع استخدام الكلوروبرومازين ومشتقات اخرى . كما ان الميلارل له تأثير فعال كغيره من عقاقير الفينوثيازينز مع احتمال احداثه لمضاعفات جانبية اقل . ويجب الا نوقف اعطاء العقار الا بعد ان تتحسن الحالة جيدا ، على الرغم من ان توقف العلاج لا يؤدى الى تدهور واضح لعدة اسابيع - عادة من اسبوعين الى ثمانية اسابيع . ويعتقد كثير من الاطباء ان اى نوبات ذهانية شديدة تترك علاماتها على شخصية المريض ، وعلى ذلك فان العلاج المستمر الطويل المدى من الاهمية بمكان . ومن الممارسة الاكثينية يجب ان يستمر العلاج لمدة ١٢ شهرا قبل ان نبدأ محاولة تقليله تدريجيا . وعندما يصاحب الفصام باعراض اكتئابية ، يعطى المريض احد العقاقير المضادة للاكتئاب من مجموعة ترايسيكليدز .

العلاج النفسى : بالإضافة الى التخلص من القلق وما يصاحبه من امراض فان المعالج يهتم بوضع نظام للعلاج يتيح الفرصة لنمو شخصية نابتة متكيفة . ويهتم المعالج خاصة بضمف وجدة الشخصية ووظيفتها، ويحاول ان يؤكد فى معلوماته على نمو المريض وما اذا كانت اوجه القصور هذه ترجع الى نقص خبرات التطبيع الاجتماعى او الحرمان منه او انها نتيجة الانعزالية بسبب الصراع النفسى . ومن الضرورى عند وضع خطة العلاج الاهتمام بالبيئة الاجتماعية التى يعيش فيها المريض وحاجته الى العلاج النفسى . ويجب اتخاذ الاساليب اللازمة لتقوية شخصية المريض من خلال اعادة بناء البيئة حتى يصبح على اتصال باشخاص اصحاء آخرين ، تؤدى علاقاته بهم الى الثقة والامن والامل وهى ابعاد لازمة للنمو الصحيح . ويجب ان تؤدى البيئة العلاجية الى زيادة الوعى والادراك بجسمه ووظائفه ، والتى يقوم عليها فهم منفع وواقعى عن

جنسه وفعالة . وبالإضافة يجب ان تمد هذه البيئة المريض بمجال اجتماعي منظم يجنبه حتمية الانعزالية . ويجب ان تؤكد ان الإنعزالية تؤدي الى قلة وعى المريض بالمشكلات الإدراكية وراء اكانت هذه المشكلات من داخل المريض او خارجه ، كما تؤدي الى ان يصبح المريض مشغولا بعمليات تفكير لا تخضع للسيطرة حيث يظهر التفكير الطفلي الإنكوسى ، والاشباع عن طريق الهلاوس .

وعلى ذلك فاذا كان المريض سيعالج كمرض خارجي ، فيجب تحديد مواعيد منتظمة مع الاعتراف بأن تحسين استبصار المريض لا يتحقق سريعا . ويجب الا يقل تردد المريض على عيادة الطبيب عن مرتين في الاسبوع وعلى الطبيب ان يساعد المريض ليقرر ما اذا كان عليه ان يستمر في عمله او ينتظم في مدرسته او يوجه مجهوداته الى اجزاء آخر ، ويجب ان يحذر الطبيب مريضه من مضاعفات العقاقير التي توصف له .

ويعتقد كثير من المعالجين ان المشكلة الاساسية للفصامي ليست في قلقه من الآخرين وما يترتب عليه من انعزالية ، ولكن المشكلة الاساسية خوفا من ميوله العدوانية التخريبية . فعلى الرغم من ان المريض يكون مشغولا ومتشككا وقلقا بسبب النوافع السلبية التي يحسها ، فانه يستطيع غالبا ، على الاقل في المراحل المبكرة للمرض ، ان يرتبط بالآخرين . وعلى ذلك يجب على المعالج ان يهتم بمدى استعداد كل مريض لان يقيم علاقات اجتماعية مع الآخرين ، على ان يتاح للمريض الفرصة للتفاعل مع جماعة صحية .

ونصح بادخال المريض المستشفى في حالات الاضطراب الشديدة . فالمستشفى الجيد لا يحمي المريض فقط من الاسرة او البيئة الاجتماعية

أو البيئة المهنية التي تهدده ، ولكنها تمده ببديل صحي يحقق فيه ذاته ،
كما تمده بمصادر يحل فيها صراعاته .

ومن الأهمية استخدام وسائل الترويح والعلاج النفسي لاثارة
النشاط الجسمي حتى ينمي المريض تصورا صحيحا ومقنعا عن جسمه .
وعلىنا محاولة اثارة اهتمام المريض وتوجيهه نحو موضوعات خارج نفسه
وفصل انفعالاته عن الموضوعات الشخصية واقامة عادات اجتماعية
صحية . ومن بين الوسائل الهامة التي تساعد في الوصول الى هذه
الاهداف ، العلاج المهني ، والالعاب الترويحية والزمالة المتجانسة ،
فكلها تهدف الى تطوير العلاقات مع الآخرين ، والاتصال بالواقع .
واقامة علاقة ذات فاعلية مع المريض تكون ضرورة لنجاح العلاج ، على
ان تتسم هذه العلاقة بالحرص ، فأى تشكك او اشارة بعدم اهتمام
الطبيب تفقد ثقة المريض المتشكك والمنزل الزائد الحساسية وربما
المضطرب . ونادرا ما يقتصر اتصال الطبيب بالمريض على ساعات العيادة ،
فيجب ان يكون على استعداد للاتصال به كلما حدثت نوبات شديدة من القلق ،
فيجب ان يجد المريض في المعالج مصدرا للأمن . ويجب ان يكون المعالج
على وعى مستمر بسلوكه وما يعنيه هذا السلوك للمريض . وما يحتاجه
نفسامى في العلاج هو المواجهة المستمرة لأحداث الحياة اليومية
المشحونة بالانفعال وتعلم طرق التكيف الاجتماعى لتقبلها . ويجب الا
تكفى بتحليل محتوى الهلاوس والهداءات فقط ولكن نحاول ان نصل
الى فهم المواقف التي ادت الى هذا المحتوى .

وفي بعض الحالات يحدث كمون أو شفاء تلقائى ، بينما فى حالات
اخرى قد تتحسن حالة المريض بسبب علاقته بشخص آخر ، وهذه
العلاقة تعمل كوسيلة اتصال بالواقع .

العلاج الجماعى : لقد ثبت ان العلاج الجماعى له فائدته لكثير من الفصامين . ويتم هذا العلاج بالاضافة الى العلاج الفردى او كملاص قائم بذاته . ويحتمل ان يكون له فائدته للفصامين الذين يعانون من مشاكل رئيسية فى حياة الجماعة ، ومع اولئك الذين يتنباهم الكف فى العلاج النفسى الفردى .

علاج غيبوبة الانسولين : لقد حلت عقاقير الفينوثيازين محل علاج صدمة الانسولين فى السنوات الاخيرة . ونسبة كُون المرض التى تعقب علاج الانسولين تتوقف كثيرا على مدة المرض . فنسبة الشفاء تزيد كثيرا بين المرضى الذين لا تزيد مدة مرضهم عن ستة اشهر ، وبين اولئك الذين قد يتحسنون دون مساعدة اساليب علاج خاصة . ويندر كُون المرض الكامل بين المرضى الذين يعانون من المرض لاكثر من سنتين . والعلاج بالانسولين والصدمات الكهربائية معا قد ينجح فى الحالات التى يفشل فيها كل منهما على حدة . ويؤدى علاج صدمة الانسولين فى فصام البارانويد الى نتائج افضل مما يحدث فى انماط الهيبفريشيا او الفصام البسيط .

علاج الصدمات الكهربائية : يفضل هذا النوع من العلاج بالصدمات بسبب بساطته وقلة مضاعفاته . ولكن يبدو أن علاج صدمات الانسولين يؤدى الى نسبة شفاء اكبر . ويعتقد كثير من الأطباء ان علاج الصدمات الكهربائية يمكن أن يكون بفاعلية صدمات الانسولين اذا اعطى لمدة طويلة وبشدة ؛ اى بمعدل عشرين صدمة على الاقل . وتستجيب حالات الهياج الكتاتونى والبارانويد الحادة بدرجة أفضل لعلاج الصدمة الكهربائية . والمرضى الذين تتنباهم النكسة بعد مقردين متتالين من العلاج ، يواصلون العلاج بصدمة او صدمتين اسبوعيا .

واستخدام الصدمة الكهربائية كعلاج متواصل قد توقف الى حد كبير منذ استخدام العقاقير المهدئة .

علاج جراحة الفص الجبهي : لا يستخدم هذا النوع من العلاج الا اذا فشلت اساليب العلاج الاخرى . واذا ما استخدمت هذه الطريقة ، فانه يجب استخدامها قبل ان يتطور التدهور الانفعالي . واذا لم يظهر المريض تحسنا بعد سنتين او ثلاث سنوات من العلاج الفعال الذي يتضمن علاجاً نفسياً ، وعلاجاً بالعقاقير المهدئة وعلاجاً بالصدمات ، فقد ينصح بعلاج جراحة الفص الجبهي . ونحصل على نتائج افضل اذا كانت شخصية المريض قبل ظهور المرض جيدة التنظيم نسبياً . والمرضى الذين يظهرون توتراً مستمراً او نشاطاً حركياً زائداً او مقاومة او شراسة هم اكثر المرضى ملائمة لهذا العلاج . وفي تلك الحالات قد نتوقع على الاقل ان يحدث تحسن في تكيف سلوك المريض في المواقف البسيطة وكذلك في السلوك الاجتماعي في المستشفى او في العمل . ويصبح مستوى الانفعال اكثر قبولا ، كما تقل الميول العدوانية . وعلى أية حال، فاذا تطور المرض واصبح مزمناً وحدث عدم تكامل عام في الشخصية حيث التبدل الانفعالي وفقدان الاتصال بالآخرين وهذات ، فان نتائج العملية الجراحية تكون مخيبة للامل . وفي الحقيقة ان قليلا جداً من المرضى يمكن مساعدتهم اذا استمر المرض لعشر سنوات او يزيد . ونادراً ما تكون استجابة فصلم الهيپرفرينيا حسنة . وعادة ما تكون استجابة الهياج الكتاتوني جيدة ، وكذلك حالات فصام البارانويد .

الاضطرابات الذهانية الانفعالية

اضطرابات نفسية تتميز باضطراب شديد في الانفعالات ، وتشمل في معظم الأحيان الاكتئاب والقلق ولكنها تشمل أيضا المرح والهياج ، ويصاحبها اضطراب أو أكثر كالهذاء والحيرة واضطراب الاتجاه نحو الذات واضطراب الإدراك . كما يكون هناك ميل شديد للانتحار .

اضطراب الهوس الاكتئابي

يتميز هذا الاضطراب أساسا بزيادة أو قلة كل من نشاط المريض وتفكيره كما ينتابه حالة من المرح أو الاكتئاب . ولقد عرف كرابلين هذا التناقض في الانفعال بالهوس الاكتئابي ، وقرر أنه مظاهر مختلفة لعملية شاذة واحدة تقوم على محددات فسيولوجية . ولكن من المعروف الآن أن كثيرا من المرضى يظهر استجابات اكتئابية فقط ، دون أن يكون هناك استجابات من المرح ، وقليل من المرضى هم الذين يظهرون كل من الانفعاليين بالتبادل .

ويبين شيوع حدوث اضطراب الهوس - الاكتئابي بين أفراد نفس الأسرة ، أن العامل الوراثي قد يكون أحد أسباب الاضطراب . فقد ذكر أن حدوث ذهان الهوس الاكتئابي بين أخوة المرضي تعادل ٢٥ مرة ضعف حدوثها بين المجموع العام . ولقد وجد أن اضطراب الهوس الاكتئابي يحدث بين الطبقات العليا بمقدار ثلاثة أضعاف حدوثه بين المجموع العام . كما يحدث الاضطراب بين الإناث بمقدار ضعف حدوثه بين الذكور تقريبا . ومتوسط السن التي ينشأ فيها المرض عند الإناث أقل منه عند الذكور .

وهناك علاقة ذات دلالة بين المرض والبناء الجسمي البدني . وقد

وجد ان المريض يتسم قبل المرض بالاكتئاب او المرح او الاثارة او دورية الانفعال . وتظهر النبوة الاولى عادة بين سن ٢٠ و ٣٥ سنة . وبذهب بعض الاطباء الى القول بان المرض يتسبب عن طريق اضطراب العمليات الكيميائية الانمائية او التنظيمية في الجسم ، بينما يعتقد البعض الاخر ان هذه الاضطرابات التي نلاحظها ما هي الا جزء من الاستجابة النفسية البيولوجية للمريض . ولم يتضح هناك اى عوامل هستولوجية او بيو كيميائية او بيو طبيعية في المخ . كما ان رسام المخ لم يتغير عندما ينتقل المريض من طور انفعالى الى آخر .

ويقوم الاعتقاد باثر العوامل الوراثية والتكوينية في دهان الهوس الاكتئابي ، على اساس من الاستجابة لمعالجة الصدمات الكهربائية وعقاقير امينوداينزول المضادة للاكتئاب . فالمرضى الذين يعانون من اكتئاب دهان الهوس الاكتئابي يستجيبون للصدمات الكهربائية ، والعقاقير المضادة للاكتئاب ، بدرجة افضل من اولئك الذين يعانون من اكتئاب رد الفعل او الاكتئاب العصبي . وتبين ملاحظة ان بعض المرضى في الطور الاكتئابي من دهان الهوس الاكتئابي ، يظهرون حالة من الهوس بعد فترة قصيرة من إعطائهم عقار الامبرامين وغيره من العقاقير المشابهة ، ان العمليات البيولوجية تقوم بدور هام في حدوث حالات الدهان الانفعالي . ولكن هذه الملاحظات ينقصها التأكيد . ومن نتائج تأثير العقاقير في الحالات الانفعالية ، والفهم المتزايد لتأثيرها الفرماكولوجي ، ظهر افتراض يربط بين تغيرات التمثيل الغذائي في الكتاكولامين وحالات الاكتئاب او المرح . وتلك العقاقير التي تنشط مفعول النورابينفرين في المخ تثير ايضا تعبيرات سلوكية ظاهرة وتعمل كمضادات للاكتئاب . بينما تؤدي تلك العقاقير التي تقلل من نشاط النورابينفرين أو تقلل منه ، الى الهدوء والاكتئاب . ولقد ذكر ان بعض حالات الاكتئاب ، وربما كلها ، تصاحب الكتاكولامينز

وخاصة النورابينغتون عند مواضع المستقبلات في المخ ، بينما يصاحب زيادة هذه الامينز حالات سلوكية من المرح . وتصدف كثير من البحوث الآن الى التعرف على العوامل البيولوجية للحالات الانفعالية . وكما ان العوامل الوراثية والتكوينية اثرها في ظهور اضطراب الهوس الاكتئابي فان للعوامل النفسية دورها ايضا ، فصعوبة التكيف للتغيرات البيئية ، وعدم الامن الاجتماعي أو الاقتصادي تؤدي الى ظهور الانطراب .

الصورة الاكلينيكية : يمكن تصنيف الهوس الاكتئابي الى ثلاثة انماط . النمط الهوسي والنمط الاكتئابي والنمط الدوري . ورغم ان الاضطراب يتخذ صورة نوبات يفصلها فترات من الشفاء ، فان الشخص قد يعاني من نوبة واحدة ، أو ان الاضطراب قد يظهر بصورة مستمرة .

النمط الهوسي : في هذا النمط من الاضطراب يتسم تكوين شخصية المريض قبل المرض بالرضى عن نفسه ، وبالثقة بالنفس والعُدوان والانبساط ، ويميل لان يبذل طاقته في عديد من الاهتمامات ، كما يتميز اتجاهه الانفعالي بالتعبير والاستجابة . ويسبق نوبة الهوس عادة اكتئاب بسيط لمدة قصيرة ، لا تستمر الا بضعة ايام . ويتبع هذا الاكتئاب البسيط ابتهاج أو اثارة بسيطة . وحيانا تبقى النوبة في صورة مخففة وتعرف بالهوس البسيط .

وفي حالة الهوس البسيط يتسم المريض بخفة الروح واللطفة ، والرضى عن الذات والثقة بالنفس والطاقة التي لا حدود لها . كما يكون فياضا في عواطفه وافكاره ، ولا يلتزم غالبا في حديثه واخلاقه بالتقاليد ويكون محبا لذاته ويتفاخر بطفلية ولا يتحمل النقد . كما يكون ذلق اللسان

وعدوانيا وثرثارا وبحب الجدل ، وينفق تقوده باسراف حتى انه قد يرهن ممتلكاته . ويتحدث كثيرا عن خطط طموحه ، ويبدأ في مشروعاته التي سرعان ما يفشل فيها او يهجرها . وتتميز أخايشه بسرد الأحداث والظروف والاجتماعات مع الآخرين ، ولكنها نادرا ما تحتوى عبارات عما تتضمنه من معان انفعالية او عن تقييمه الشخصي للعلاقات بينميين الآخرين . ويسهل تشتيت انتباهه غالبا ، ويكون جري تفكيره عرضة للشرود ، وعمليات التفكير سريعة . ويشيع تذبذب الانفعال الفجائي ، فبينما يكون المريض في شدة ابتهاجه اذ به يندفع فجأة الى البكاء ويعبى عن بعض الافكار الاكتئابية ولكن يعود لمرحه ثانية بعد لحظة . وقد يتغير بسرعة من حالة الاستثارة الى حالة الهدوء . والمريض بالهوس البسيط يعمل بطاقة وبحماسة كبيرة ولكنه يكون متقلبا ، وغالبا ما يكون ففوليا ومتطفلا ، بحيث يزجج من حوله . ويناقش الغرباء بدون تحفظ في اموره الخاصة . والمريض بالهوس البسيط غالبا ما يكون شيقيا .

وعندما تتطور حالة الهوس يتسم المريض بالحماسة والرح الشديد . كما يتميز ايقاع الشخصية بالسرعة . ويظهر هذا في تفكير المريض وسلوكه عامة . فيأخذ في الفناء والرقص والصفير والابتهاج الى حد الازعاج . ويشير مرحه افكارا عن العظمة ، وربما هذات عابرة عن الثروة والقوة . وقد يتخلل الابتهاج ، الغضب والاستثارة وحتى الشراسة اذا رفض للمريض طلب . وقد ينشأ اتجاه من البارانويد ، حيث يوجه المريض الشتام الى الشخص الذي قد يحس نحوه بالاستياء . والمرضى بهذه الانفعالية المضطربة غالبا ما يكونون متعجرفين ويميلون للانتقام والتهكم . وقد يبدون في حالة ابتهاج عندما يمررون عما يحسون به من عدوان وكراهية . ويتميز مجرى التفكير بسرعة تداعى الافكار . وغالبا ما يتكلم المريض بنطق واضح وقوى ، وبلهجة تأكيدية مع تغيير شدة

صوته في معظم الاحيان . ويدل اسلوبه في التعبير على العظمة ، وقد يتخذ حديثه الاسلوب المسرحي الحماسي . وعندما تنتقل حالة الهوس البسيط الى حالة الهوس الحاد ، يتطور ضغط الكلام الى تطاير في الافكار، ولكن هذه الافكار تكون محدودة حيث ينسغل المريض بالالفاظ دون المعاني . وغالبا ما تتضمن افكار المريض المحدودة هذه ملاحظات عن دوافعه اللاشعورية .

ومن حيث النشاط النفسحركي يتميز المريض بالنشاط الزائد فينفي ويصبح ويتظاهر باتجاهات تمثيلية . وينام المريض قليلا دون أن يظهر عليه التعب . ويتحمل الجروح التي لا يعطيها أى اهتمام والتي لا يسمح بعلاجها . ونادرا ما يمتنع المريض عن تناول الطعام . ولكنه في حالة الانارة العادية ، قد يتلع كميات كبيرة من الطعام دون مراعاة لاداب تناول الطعام . ويقوم المريض بتزيين نفسه بالحلى والشارات والميداليات . واحيانا يمزق ثيابه الى شرائط ويأخذ في تزيين نفسه بها بطريقة مضحكة .

ويتميز انتباه مريض الهوس بالاضطراب الشديد عادة ، فالخوضاء والانشطة التي تحيط به تشتت دائما انتباهه . واحيانا يفشل في التعرف على الآخرين ، فيتعرف على الشخص القريب وكأنه معروف له من قبل، وذلك بسبب ملاحظته لبعض أوجه الشبه ، بينما لا يستطيع التعرف على أوجه الخلاف . ويبقى المريض على وعى جيد ، ولكن قد يخطئ المريض أحيانا في وعيه ببيئته بسبب تشتت الانتباه . وقد تحدث الهلوس في حالة الهوس ، ولكنها غير شائعة وتكون عادة في صورة خداعات . وعلى الرغم من أن الهذات ليست أعراضا واضحة ، فانها غالبا ما تحدث ، وتكون عادة ذات طبيعة محققة لل رغبات كما تكون عابرة وغير منتظمة . كما ان الافكار الاضطهادية ليست نادرة .

وتبدو الحالات البسيطة في صحة جسمية جيدة . فالعيون تاضرة ، والوجه مورد والراس مرفوع ، والخطى سريعة ووزن الجسم قد يكون زائدا . وفي حالة الهياج الشديد قد يفقد المريض من وزنه بسبب ما يفقده من طاقة . وفي حالات النشاط الزائد قد ينتاب المريض عادة حالة من الجفاف . وإى تلبد في شعور المريض الذى يعانى من الهياج الشديد ، يجب ان تودى الى توقع وجود مضاعفات من العدى .

النمط الاكتئابى : على الرغم من ان نسبة كبيرة من نوبات الاكتئاب يسبقها نوبات من الهوس ، فان بعض حالات ذهان الهوس الاكتئابى تقتصر نوباتها على الاكتئاب . وفي تلك الحالات نلاحظ غالبا نمطا مميزا من الشخصية يتسم به المريض قبل الاضطراب ، حيث يكون شديد الحياء وغير فضولى وودود مع الاحساس بعدم الامن والاعتماد الزائد على الآخرين . ويظهر عدد ليس بالقليل من هذه الحالات الحساسية وتأثره بالاستجابات الانفعالية . وكثيرون يتميزون بالشكوك وجمود المعايير الاخلاقية والاداب وبلوم الذات والحساسية للنقد . كما يتسم كثير منهم بالتردد وعدم الشجاعة وخشية المواقف ومع ذلك يسمون ويحرزون نتائج طيبة . وفي معظم الاحيان يبدو أن حاجتهم الانفعالية الشديدة هى الحب والاحترام والانتمائية .

وكما ذهبنا الى تقسيم الهوس الى هوس بسيط وحاد وهذيانى يمكننا كذلك تقسيم الاكتئاب الى اكتئاب بسيط وحاد وذهولى . ففي حالة الاكتئاب البسيط يفقد المريض الثقة في نفسه كما يفقد طعم الحياة ويشعر بعدم الاهمية والاجهاد ويظهر نفورا متزايدا للنشاط ، ويرغب في ان يترك بمفرده ، ويجد صعوبة في القيام بواجباته العادية . وبتنابه الشكوك والمخاوف ، ويظهر قلقا دائما على أسرته ، ويردد انه لم يقم بما

يجب لتأمين مستقبلهم وقد يصعب عليه التفكير ، ويصبح محتوى الأفكار قاصرا على قليل من الموضوعات . ويكون الكلام التلقائي محدودا ، وتناخر الاجابات عن الاسئلة وتكون مختصرة . ويميل المريض الى عدم الافصاح عن افكاره الخاصة ، ولا يسعى للاتصال بالآخرين كما قد يظهر اصرارا على عدم مقابلتهم . وقليل ما تواجه مرضى يتسمون بالنكد والاستثارة والحساسية ، والعداوة وعدم المبالاة بالآخرين . كما يتسم البعض بعدم الرضى والبحث عن اخطاء الآخرين . ويظهر آخرون الكراهية الصريحة والغضب .

وهناك حالات من الاكتئاب البسيط تكون فيها الشكوى من مرض جسمي أكثر الامراض وضوحا ، الامر الذي قد يخفي حالة الاكتئاب . فلا يوجد فقط نقص الوزن واضطراب النوم وفقدان الشهية التي نلاحظها في حالات الاكتئاب ، ولكن ينتاب المريض افكار مختلفة من توهم المرض . فيشعر بالضعف والاجهاد ، ويميل على الامور البسيطة ويعاني من الصداع وربما من اضطراب في القلب او المعدة . وعلى ذلك يعتقد ان الاضطراب الحقيقي اضطراب جسمي وان اضطرابه نتيجة لسوء صحته . ولكن في الحقيقة ، يكون المرض الجسمي تبريرا لاكتئاب انفعالي اولي .

وفي حالة الاكتئاب الحاد تتطور اعراض الاضطراب ، فنلاحظ انحناء الجسم وانثناء الراس وجعود الوجه وتجاعيد على الجبهة . وقد يمتري الوجه تعبير مضطرب وحائر . ويفقد المريض وزنه ويبدو غليلا . وينقص افراز العرق وغيره من الافرازات . ويقل التوتر العضلي وينتاب المريض الامساك ، تقل الرغبة الجنسية ، وغالبا ما ينتاب المريض العنة ويضطرب نوم المريض ، وعلى الرغم من ذهاب المريض الى فراشه في ساعة متأخرة الا انه

يستيقظ مبكرا . وينتاب كثيرا من المرضى الخوف الشديد أو الاحساس بتوقع الكوارث ، الأمر الذى يصاحبه عادة اتجاه بالاستسلام لهذا المصير . ومع الخوف الشديد قد يتلبد الشعور وينتاب المريض الارتباك .

والاكتئاب الذهولى أشد حالات الاكتئاب حيث لا يوجد أى نشاط حركى تلفانى ، فيلزم المريض فراشه ولا يتحرك ولا يتكلم ولا يأكل ، ويضطرب نومه ، ولا ينتبه الى حديث أو الى أى شيء مما يحيط به ، كما يتلبد شعوره ويكون المريض شديد الانشغال بأفكار عن الموت وهلاوس تشبه الاحلام . ووجه المريض اما يشبه القناع أو يتميز بالجمود والقلق ويحتاج كثير من المرضى الى التغذية بطريقة الانبوبة كما أن بعضهم لا يحافظ على نظافته .

النمط الدورى : رغم أن النوبات التى يعانى منها بعض المرضى تكون دائما اما نوبات من الهوس أو نوبات من الاكتئاب ، فان بعض المرضى قد يعانى من نوبات متبادلة من الهوس والاكتئاب . كما تكون النوبات متلاحقة أو بينها فترات طويلة أو قصيرة يتحسن فيها المريض .

مسار المرض : لقد ذكر أن مسار المرض يكون جيدا عادة فى حالة حدوث نوبة واحدة ، ولكن من الواضح أن تكرار النوبات من الأمور الشائعة . ومن خصائص ذهان الهوس الاكتئابى أنه لا يترك عادة بعد الشفاء منه تقريبا فى أعاد الشخصية وإنما تستعيد تكاملها . ولكن أحيانا وبعد سلسلة من النوبات يترك المرض اضطرابا فى المبادأة والحكم ويصبح الشخص أقل قدرة على مواجهة أمور الحياة اليومية .

والسن الذى تحدث فيه غالبا أول نوبة من الهوس يكون ما بين

٢٠ و ٢٥ سنة بينما تحدث أول نوبة من الاكتئاب في سن الخامسة والثلاثين تقريباً . وكلما حدثت النوبة مبكراً لكل من الهوس والاكتئاب كان مسار المرض سيئاً حيث تحدث نوبات أخرى . وإذا كانت النوبة الأولى من نمط الهوس ، فإنها تتكرر في معظم الأحيان ، وإذا كانت النوبة الأولى اكتئاباً فإنها قد لا تتكرر . ولقد أوضحت بعض الدراسات الحديثة أن مسار المرض يكون سيئاً عندما تكون العوامل المرسبة خارجية ، عنه عندما تكون العوامل داخلية . وسمات شخصية المريض قبل الاضطراب تؤثر على مسار المرض من حيث مدته ونتيجته . فإذا كان المريض قبل مرضه يتسم بالرونة والتحمل والمسألة وله اهتمامات شاملة ومتنوعة مع الإحساس بالأمن ، فإن مسار المرض يكون جيداً . ويتقدم السن تميل النوبات لأن تكون نوبات اكتئاب أكثر منها نوبات هوس .

وتختلف مدة نوبات الهوس الاكتئابي . فمتوسط مدة نوبة الهوس التي لا تعالج قد تكون سنة أشهر بينما تكون مدة نوبة الاكتئاب تسعة أشهر . وهناك ميل لأن تزيد مدة الاكتئاب بتقدم السن . وكثيراً ما ينتهي الاكتئاب بحالة من الهوس البسيط لمدة قصيرة . وكلما كثر تكرار النوبات كلما كان مصير المرض سيئاً . ويزداد احتمال ازمان الاكتئاب أكثر من الهوس . ومصير المرض يكون سيئاً في حالة الاكتئاب الذي يتميز بتوهم المرض الاندماي وخاصة إذا كان مصحوباً بالقلق .

المعالجة : لعلاج الاكتئاب البسيط يفضل الآن أن نبداً بأحد العقاقير المضادة للاكتئاب، وعادة بأجدميثيقتا الامينوداينزول . ومن هذه العقاقير التوفرانيل الذي اثبت فاعليته . ويعطى التوفرانيل عن طريق الفم في جرعات من ٧٥ الى ٣٠٠ مليجرام يوميا ، مع اعطاء المهدئ الملائم للارق . ويظهر اثر التوفرانيل عادة في فترة من ٢ الى ١٤ يوما من بدء العلاج .

ويمكن استخدام أحد عقاقير المونامين أكسيديز الكافة . ويظهر التحسن في استجابات اتهام الذات وتوهم المرض ، والنوم وزيادة النشاط والاهتمام بالحياة الاجتماعية . وكثير من مرضي الاكتئاب البسيط قد يواصلون العمل مع تناول العلاج بالعقاقير المضادة للاكتئاب . وإذا لم يحدث تغير ذو دلالة في خلال اسبوعين من استخدام علاج العقاقير ، يجب اعطاء عقار آخر ربما من عقاقير المونامين أكسيديز الكافة أو يجب بدء العلاج بالصدمات الكهربائية دون تأجيل . وفي الحالات الأكثر شدة حيث يكون البطء النفسحركي بالدرجة التي تعوق الأنشطة المهنية العادية للمريض ، فإن الحاق المريض بالمستشفى أمر مفضل حيث لا ينصح بالعلاج في المنزل الا اذا توفرت رعاية جيدة من التمريض . ومع هؤلاء المرضى يفضل برنامج يومي حافل . ويجب الا يتطلب هذا البرنامج التلقائية أو التركيز الشديد أو النشاط العنيف . وقد يتضمن البرنامج أعمالاً يدوية ، والمشي والقراءة والالعاب والأنشطة الاجتماعية والترويحية وتنسجيع القدرات والاهتمامات الخاصة .

وفي حالة الاكتئاب الحاد يصبح الحاق المريض بالمستشفى أمراً ضرورياً . ويؤدي علاج الصدمات الكهربائية إلى تحسن معظم الحالات تقريباً . وتعطى الصدمات الكهربائية ثلاث مرات اسبوعياً . ومع كثير من المرضى تكون عشر صدمات أو اثنتى عشرة صدمة ذات فاعلية ، بينما يحتاج آخرون إلى عشرين صدمة . وإذا كان المريض في حالة اضطراب شديد ، فقد يستخدم الكلوربرومازين سواء بعفرده أو مع العقاقير المضادة للاكتئاب أو مع العلاج بالصدمات الكهربائية وذلك لتأثيره المهدئ . ويجب ألا يعطى الرزبين حيث أن هذا العقار غالباً ما يزيد من الاكتئاب .

ومن الأهمية بمكان ان يعطى مريض الاكتئاب غذاء ذا محتوى عال من السعرات الحرارية . ويفضل عادة ان يعطى لبنا او غذاء اضافيا بين الوجبات الغذائية ، ويجب الا يسمح بعدم تناول الطعام لأكثر من أربع وعشرين ساعة . ويحسن ان يطعم المريض الذى نلجا الى اطعمته بالإنبوبة ، ثلاث مرات يوميا . وحيانا يجد الطبيب ان المريض لم يتناول طعاما كافيا او ماء لفترة قبل ان يلتحق بالمستشفى . كما يلاحظ ان لسانه فى حالة جفاف ومغلف ، وأن رائحة تنفسه كريهة ، كما يبدو المريض فى حالة جفاف . وفى هذه الحالة يجب ان نلجلى محاولات لحمل المريض على تناول كميات وفيرة من السوائل . ويجب الاهتمام فى حالة الاكتئاب الدهولى بعملية الاخراج .

ويجب الاهتمام بخطورة الانتحار فالانتحار يكثر بين المرضى الذين يظهرون التوتر والقلق . كما ان تاريخ الانتحار فى الأسرة يزيد من احتمال ان ينهى مريض الاكتئاب حياته وعادة ما يكرر المريض محاولة الانتحار الفاشلة السابقة .

ومن بين العلامات المبكرة الدالة على الشفاء عودة الثقة فى النفس والمبادأة . كما يجب ان يكون هناك تزايد تدريجى فى المساهمة فى الأنشطة المهنية والترويحية . ويجب ان يعفى المريض من ضرورة اتخاذ القرارات حتى يتحسن ، والا نشجعه على استئناف الواجبات والمسؤوليات العادية مبكرا . وأن يبقى المريض فى احدى المؤسسات حتى يمر من دور النقاهة . وعلينا ان نذكر ان المريض قد يحاول الانتحار اثناء فترة النقاهة ولهذا يجب ان يكون هناك اشراف دقيق اثناء تلك الفترة .

ولعلاج حالة الهوس نجد انه يمكن السيطرة على النشاط الزائد للمريض باستخدام الفينوثيالين ويفضل عقار الكلوربرومازين . وإذا

أظهر المريض نشاطا زائدا فقد يعطى علاجاً بالصدمات الكهربائية بمعدل مرتين يومياً لثلاثة أيام أو أربعة . وقد يؤدي هذا إلى ارتباك واضح ، وعندئذ يجب تقليل الصدمات إلى ثلاثة في الأسبوع .

ولقد ذكر أن السيطرة الفعالة على الهوس المزمن الذي يعاود المريض ، قد تتم عن طريق إعطاء المريض كبسولة ٢٠٠ مليجرام من طريق الفم من كربونات الليثيوم من ٤ - ٧ مرات أسبوعياً . ويكون العلاج بالليثيوم ذا فاعلية في حالة المرضى الذين لا يستجيبون لمقايير الفينوثيازين والصدمات الكهربائية ، وله قيمة أيضاً إذا أعطى باستمرار في أحماد طور الاكتئاب في حالة النمط الدوري . وبسبب مضاعفاته التسممية لوظيفة الكلى ، فإنه يمنع إذا كان هناك اضطراب في وظيفة الكلى أو في حالة مرض القلب والصرع والمتقدمين في السن . وأكثر مضاعفاته شيوعاً ارتعاش بسيط في اليدين . ويجب أن يوقف إعطاء العقار إذا حدث أسهال أو قيء ، أو إذا كان الارتعاش شديداً ومصحوباً بالتشنج ، واختلاج الحركات الإرادية والدوار . كما أن العطش وكثرة التبول أعراض تسممية أخرى .

ولقد استخدم العلاج النفسي بنجاح في علاج حالات الاكتئاب والهوس البسيطة . وبدلت محاولات باستخدام التحليل النفسي ، فوجد أنه يصعب إخضاع مريض الاكتئاب أو الهوس لأسلوب عملية التحليل . ولهذا أدخل أسلوب جديد من التحليل النفسي وثبت فائدته في بعض الحالات .

وينصح عند علاج حالات الاكتئاب ألا يزيد عدد المقابلات عن مرة أو مرتين أسبوعياً . فالاكتئاب من المقابلات بما تتطلبه من انتاجية تزيد من خجل المريض وإحساسه بالذنب ، بسبب المعايير الشخصية العالية التي

يضعها مريض الاكتئاب لنفسه . وحيث ان المريض لا يستطيع مواجهة المطالب التي يحس ان المعالج يتطلبها ، فان دفع المعالج في هذا الشأن يثير احساسات من الكراهية والخجل ، كما ان المريض يكون في حاجة الى ان يعتمد عن الشعور بالذنب الذي يرجع الى كبت غضبه بسبب اكتنابه . وعلى ذلك ، اذا ذكر المريض حوادث يبدو انها تؤدي الى غضبه ، ولكنه لايفصح عن اثرها الانفعالي ، فعلى الطبيب ان يوضح تلك الاحساسات ويبين علاقتها بالأشخاص الآخرين المتضمنين في الموقف . وبهذه الطريقة يتخلص المريض من عبء التعبير عن غضبه ولا يتعرض للشعور بالذنب الذي يتبع التعبير عن الانفعالات المنوعة . وبهذا المدخل التفسيري المرن يمكن التخلص من الاكتئاب احيانا .

ويقترح بعض المعالجين ان من الأفضل ان نحث مريض الاكتئاب على ان يركز على خبرة حديثة ، من ان ندفعه الى استدعاء حوادث سابقة وخبرات شخصية في حياته لها اثر على امراضه الاكتئابية . وتفيد احلام المريض غالبا في التعرف على الارتباطات العميقة التي تؤدي الى فهم واضح للرغبات والصراعات الأساسية .

الذهان الانتكاسي

تميل الاضطرابات الذهانية الانتكاسية لأن تقع في نمطين ، يتميز احدهما الى حد كبير بالاكتئاب ، بينما يتميز الآخر بالأفكار الاضطهادية . ويجب الا نعتبر الاكتئاب الذي يحدث في فترة الانتكاس ، اكتئابا انتكاسيا اذا كان هناك تاريخ سابق من اضطراب الهوس الاكتئابي . فعلى الرغم من خاصية الاكتئاب المشتركة بين كل من اكتئاب اضطراب الهوس-الاكتئابى والاكتئاب الانتكاسى ، الا ان هناك عوامل فيولوجية ونفسية خاصة يتميز بها الاكتئاب الانتكاسى . وكل من اكتئاب اضطراب الهوس الاكتئابي والاكتئاب الانتكاسى والاكتئاب العصائى ، يشترك مع استجابة الحزن انماذبة في انه يظهر عندما يشعر الشخص بالضيق . وهذا الضيق قد ينشأ بسبب موت شخص محبوب او الانفصال عنه أو بسبب اضطراب احد وظائف الجسم الهامة ، أو عدم تحقيق مكانة اجتماعية واقتصادية مرغوب فيها . وقد لا يتضح هذا بالفحص المارضى ولكن يتكشف بالدراسة المتعمقة .

الاسباب

١ - عامل السن : تحدث الاضطرابات الذهانية الانتكاسية غالباً بين الإناث أثناء السنوات الأخيرة من الأربعينات ، وبين الذكور أثناء السنوات الأخيرة من الخمسينات . ففي هذه الفترة يبدأ النشاط الوظيفي للغدد الصماء والغدد التناسلية يقل الأمر الذي يصاحبه تغيرات كبيرة في أنشطة التمثيل الغذائي والأنشطة الانمائية في الجسم ، غير ان هذه التغيرات ليست ذات أهمية كبيرة في حد ذاتها كالأثار النفسية التي تحدثها . فالتهديد الذي يحدثه فقدان الوظائف البيولوجية الهامة للشخصية وعملية التقدم في (م ١٣ - الطب النفسي)

المرء وما تدل عليه ، قد يكون لها أكبر أثر في إثارة طراب الشخصية مما تحدثه التغيرات التي تحدث في الغدد الصماء . ففترة الانتكاس فترة ضغط نفس فسيولوجي ، فترة قد يؤدي فيها التهديد المتزايد للشخصية غير الآمنة الى اظهار القلق والاكتئاب واستجابات البارانونيا .

٢ - العوامل النفسية : لقد وجد في عدد كبير من حالات الاكتئاب الانتكاسية أن هناك نمطا معيناً من تكوين الشخصية والعادات الحياتية . فصادة ما يكون المريض قلقاً في طفولته مع عديم الشعور بالامن . وغالباً ما يبين فحص شخصية المريض قبل المرض أنها تتسم بالوساوس والكف مع ميل الى الهدوء وعدم الفضول والجدية والقلق وعدم التحمل والكتمن والحساسية والامانة . وعادة ما تتميز الشخصية أيضاً بالمعايير الصحيحة الجامدة ، ونقص الاحساس بالمرح والضمير الحي ومعاينة الذات . كما يتسم أولئك الأشخاص بالبساطة والخضوع والحساسية لانفعالات الآخرين . كما لا يتسم أولئك الأشخاص بالكبرياء ، بل على النقيض يقللون من قدرهم الذي غالباً ما يتميز بعلو المكانة . وتتميز الشخصية قبل الدهان بالجمود الذي يمثل دفاعية عصابية ، والانفراط في الدقة ، ويكون لديه الاستعداد للشعور بالذنب . وكثير من مرضى الاكتئاب الانتكاسي يتميزون قبل المرض بطمس الذات والتضحية بها ، كما يكونون في حاجة شديدة الى تقبل الآخرين لهم .

ومما لاشك فيه ان الاكتئاب الانتكاسي ينشأ من عصاب كامن منذ السنوات المبكرة من الحياة فغالبا ما تكون حياة المريض مكتومة او غير مشبعة . كما تكون اهتماماته قليلة ، وعادته رتيبة ، ولا يهتم بالتزويج

ولا يبحث عن المتعة ، ولا يكون له الا قليل من الاصدقاء . وغالبا ما يتسم المريض قبل مرضه بكونه معاونا مخلصا مدققا اكثر منه قائدا يتسم بالنفقة والعدوان . وكثير قد كانوا أشخاصا يتسمون بالتامل والتكدر والخوف . كما كان آخرون يتميزون بالحرص او انتردد .

٢ - **العوامل الاجتماعية :** السن التى ينشأ فيها الذهان الانتكاسى سن لم يعد من السهل التكيف فيها للمواقف والظروف الجديدة . وربما لم تات الحياة بالنجاح او الاشباع الذى كان يأمل فيه الشخص . وفي فترة الانتكاس هناك ادراك بان الاحلام وال رغبات السابقة لا يمكن تحقيقها الآن ، وان قمة المجد قد مضت وان الطموح قد اخذ يتضاءل . وحقيقة ان الفرصة لم تعد تتاح لاصلاح الاخطاء السابقة او احراز نجاح جديد ، تؤدي الى الاحساس بالاحباط وتزيد من الشعور بعدم الأمر . وفي حالة الاناث قد تكون الوحدة او الخوف من فقدان الجاذبية الجنسية عاملا مؤثرا . وربما اخذ الاصدقاء يمتنون او ان الاطفال الذين وهب الشخص حياته لهم قد تركوا المنزل واصبحوا مشغولين بحياتهم الخاصة . كما قد يشعر الشخص بأنه لم يعد مرغوبا فيه . وفي بعض الحالات يشكل الابهاء المسنون مشكلة ، فبعد ان كانوا مصدرا للامن فيما سبق فانهم قد اصبحوا الآن في حاجة لمن يعتمدون عليه . واعتزال العمل له تأثيره حيث يعنى ترك الاهتمامات ونقص الطاقة النفسية . وحيانا يكون للضغط الاقتصادي الحقيقى او احتمال الاعتماد على الآخرين اثره . وقد يكون انهيار الاسرة او فقدان المكانة او موت أحد المقربين من العوامل المؤثرة الأخرى .

الصورة الاكلينيكية للاكتئاب الانتكاسى : كما فى كل حالات الاكتئاب فان المكون الرئيسى فى الاضطراب هو الحالة الانفعالية غير البسرة حيث

يشعر المريض بالأسى والحزن ، كما ينتناته القلق والشعور بالعباء والذنب .
وبالإضافة الى هذه الانفعالات هناك الاحساس بالعجز والتقليل من
تقدير الذات مع الكف الشديد للشخصية .

وغالبا ما يسبق أعراض الذهان فترة من عدة أسابيع أو بضعة
اشهر يظهر المريض خلالها اتجاهاات من توهم المرض والاثلة والتكد
والتشاؤم ، كما يعانى من الارق ، وربما يكون شكاكاً وينتابه الفتور
وفترات من البكاء . ولا يستطيع المريض تركيز انتباهه ، ويظهر الشك
والتردد . وغالبا ما تكون اهتمامات المريض قليلة ويرميل الى الابتعاد عن
البيئة . ويشكو المريض من احساس بالضيق وفقدان الشهية ونقص
الوزن ، ويكون قلقا على صحته لو ثروته ، ويتسم بالخوف وعدم
الاستقرار . وتتميز الحالة النموذجية للاكتئاب الانكاسي بالاكتئاب
والقلق والاضطراب وتوهم المرض وهذات الذنب والخطيئة وعدم
القيمة والمرضى والموت . ويصبح مظهر المريض متسما بالبؤس . ويزداد
الخوف والاضطراب فيلوى المريض يديه ويمتد الى الامام والى الخلف ،
وينبش فى وجهه ويقضم اظافره ، ويمزق ثيابه . كما ينوح المريض
ويردد بصوت يتميز بالانين « لماذا فعلتها ؟ ، يا الهى ماذا سيحدث
لى ؟ » أو يردد اى تعبير رتيب آخر يدل على فقسان الامل والضيق
الانفعالى . وقد يوجه المريض التساؤلات الى الاطباء والممرضين
باستمرار ، كما يكرر من الشكوى وطلب القيام بمساعدته او عدم الابتعاد
عنه . ويظهر بعض مرضى الاكتئاب الكراهية . ويعتبر المريض نفسه
مسئولا عن مصير الآخرين ، وأنه قد تسبب فى اصابة أسرته بالعدوى
وجلب العار لها أو تسبب فى ابدائها . ويتوقع المريض انه سيقتل ،
ويردد أنه يستحق هذا المصير ، وينتظره بخوف شديد ، ويرجو رحمة
الله . كما ينتاب المريض حالة من التناقض بين الرغبة فى كل من الموت
والحياة .

وقد تحدث هلاوس ولكنها اقل حدوثا من الخداع ، فيسجم المريض استعدادات لتعذيبه . ويبقى الشعور صافيا ، كما يحتفظ المريض بوعيه على الرغم من انه في بعض الحالات يكون الاندماج في الانتباه شديدا حتى ان المريض قد يبدو مرتبكا ولا يكون على اتصال جند بما يحيط به .

ويظهر بعض المرضى الحيرة ، وقد يوجد فقدان الذات ورفض المريض الطعام غالبا بسبب الرغبة أحيانا في الموت أو بسبب انكار وانهايم الذات حيث يعتقد المريض انه لا يستحق الطعام ، وقد يرفض المريض الطعام أيضا بسبب الاعتقاد في ان الطعام مسمم أو بسبب الافكار الانعدامية حيث يعتقد المريض في ان معدته أو اسعاه لا توجد . ولا يوجد اضطراب نفسى آخر تشيع فيه محاولات الانتحار كما تشيع في الاكتئاب الانكاسي مع تكرار محاولات الانتحار غير الناجحة . ويفقد المريض وزنه ، وفي الحالات الشديدة يصبح في حالة جفاف خطيرة . ويعتري اليدين عادة برودة وزرقة ويسرع النبض ويكون التنفس غير عميق . ويشتاب المريض حالة امساك ويقل البول .

وهناك حالات أخرى من المرضى اقل اضطرابا ، حيث يبدو المريض في حالة تشاؤم وفقدان الامل ، كما يعاني من فقدان احترام الذات . ويبدو في حالة عزلة وتبلد ، ويتميز ببطء الكلام والتفكير . وقد يعاني المريض أيضا من الهذات التي تعكس الشعور بالذنب والعار . ولكن لا يوجد الاحساس بالعجز والاضطراب وتوهم المرض ، والاعراض الجسمية من ارق وفقدان الشهية والامساك ، أو تكون اقل وضوحا عما يظهر في الحالات شديدة الاضطراب . ويكون تكيف المريض قبل المرض تكيف شخصية قهرية ، وتظهر حالة الاكتئاب نتيجة لمرض جسمي أو لتقدم السن .

مسار المرض : قبل استخدام علاج الصدمات الكهربائية ، كانت نسبة الشفاء من اضطراب الاكتئاب الانتكاسي ٤٠ في المائة تقريبا . وكان دور النقاة بطيئا ، فغالبا ما كان يمتد لسنتين أو لثلاث سنوات . ومع استخدام الصدمات الكهربائية ، زادت نسبة الشفاء الى اكثر من ٨٠ في المائة . وكلما اقتربت اعراض الاضطراب من الاعراض التي نلاحظها عادة في حالة ذهان الهوس الاكتئابي ، كان مسار المرض جيدا . وكلما زاد تدهور العادات الشخصية او كانت انهذاعات غريبة او زاد حدوث الهلاوس وافتقار التفكير والميل الى النفور الشديد او توهم المرض وانعدام الذاتية ، زاد مسار المرض سوءا . واعراض الانين والفظاظة والعزلة ليست جيدة لمسار المرض .

العلاج : يجب ان يعالج مريض الاكتئاب الانتكاسي في المستشفى ، وخاصة انه لا يوجد اضطراب نفسي آخر تزيد فيه نسبة محاولات الانتحار كهذا الاضطراب . ويقوم العلاج عامة على الاساس الذي يتبع في حالة اكتئاب ذهان الهوس الاكتئابي ، مع الاهتمام بحالة المريض الجسمية التي غالبا ما ينتابها الضعف . وعند الوصول الى المستشفى ، يكون كثير من المرضى في حالة جفاف ، ويماتون من سوء التغذية ، ولهذا يجب اعطاء المريض وفترة من السوائل والطعام . واذا كان المريض يعاني من سوء التغذية فان من المفيد اعطاء ٢٠ وحدة من الانسولين قبل تناول الطعام بثلاثين دقيقة . وبسبب ما يتسم به المرضي من خوف فان اى تغيير يحدث في البرنامج الروتيني للمرضي يجب ان يقصر لهم بدقة .

وعلاج الصدمات الكهربائية اكثر اساليب العلاج فاعلية لحالات الاكتئاب الانتكاسي . ويوجد عادة بعض موانع استخدام الصدمات

الكهربائية في العلاج كأمراض القلب وكسور العظام الحديثة . ويجب ان يعطى المريض ما يتراوح بين ١٠٢ - ٢٠ صدمة . وإذا كان المريض في حالة اضطراب شديد ، فيمكن استخدام الكلوربرومازين بسبب تأثيره المهدئ .

ويستخدم الآن العقاقير المضادة للاكتئاب ، وربما لمواصلة العلاج بعد علاج الصدمات الكهربائية . ونادرا ما تستخدم العمليات الجراحية الآن في علاج هذا الاضطراب .

وبينما تساعد هرمونات الاستروجين للتخفيف من أعراض سن اليأس ، من عرق وتوتر وعدم ارتياح وصداع ، إلا أنها قليلة الأثر في علاج الاكتئاب الانتكاسي . ويفيد هنا العلاج بالعمل فالانجاء يخلق انشغور بالثقة بالنفس والرضي مما يؤدي الى التحسن والشفاء ، ويقيّد كذلك العلاج النفسي ، فحديث بعض المرضى عن مشكلاتهم ومناقشتها مهم يؤدي بهم الى الارتياح .

الصورة الاكلينيكية البارانويدالانتكاسية : تظهر بعض حالات ذهان البارانويد اثناء فترة الانتكاس ، وعلى الرقم من ان المرضى لم يكونوا قبل المرض من الذهائين ، فان كل مرضى البارانويد الانتكاسية تقريبا كانوا يتسمون بأسلوب اسقاطى من الدفاعية . فعادة ما يكون المريض نقادا وبلوم الآخرين على فشلهم . ويصفه زملاؤه بأنه عنيد ، وحقوق وقمير متسامح ، وكثوم ، وغير سعيد ، وقمير راض ، ومستاء ، ومتشكك . وهذه السمات الدفاعية تدعم الشخصية تدعيفا كافيا ، حتى فترة الانتكاس حيث تصبح مع التغيرات النفسية والسلوكية والنفسية التي سبق ذكرها ، غير ملائمة ، فتنشأ اساليب دفاعية أخرى في ذهان البارانويد بهذاعانه

- ٢٠٠ -

وسوء تفسيراته . وتدور الهذات عادة حول افكار الاضطهاد ، وتكون منتظمة ، ولكن ينقصها المحتوى الخيالى الذى نلاحظه فى الفصام ويظهر كثير من المرضى كثيرا من المرارة والكراهية .

ومن حيث مسار المرض ، فان مسار المرض الجيد يقل عما يحدث فى حالة الاكتئاب الانتكاسى .

ومن حيث العلاج فان علاج الصدمات الكهربائية يكون محدود الفائدة ، ويمكن علاج المريض العدوانى المضطرب باستخدام الكلوربرومازين .

ذهان البارانويد

ذهان البارانويد استجابات ذهانية تتميز بالهذات التي غالبا ما تكون هذات الاضطهاد او العظمة ، وقد توجد الهلوس احيانا ، مع اضطراب في القدرة على الحكم والاستبصار ، وبهذا ينشأ الشك وسوء تأويل الحوادث والامور .

الاسباب : قد يرجع اضطراب البارانويد الى عوامل تكوينية تجعل الشخص حساسا متمركزا حول ذاته ، وعنيدا ، ومتقلبا في انفعالاته ، بصطرع فيه الطموح والكبرياء مع شعور بالعجز وعدم الثقة بالنفس ، وتنقصه روح المرح ، وعامل السن له تأثيره ايضا ، فالمرحلة وما فيها من صعوبات ، والسن المتأخرة تمهد لظهور المرض . والعيوب الجسمية مثل الصمم المزمن تؤدي الى ظهور المرض ، فالشخص الذي لا يسمع ما يقوله الناس قد يسيء تأويل احاديثهم ويكثر ارتيابه .

ومن الاسباب النفسية التي تؤثر على ظهور المرض ، وجود الفرد في بلد لا يعرف لغة اهله او شعوره بأنه منبوذ من المجتمع لونه ودينه ، او وجوده في وسط يتفوق عليه ثقافة أو ذكاء . وكذلك تؤثر التربية على الفرد وتمهد لظهور المرض ، فالطفل الذي ينشأ في بيت تضطرب فيه علاقاته الانفعالية بأهله ، قد يتكون لديه الاستعداد للمرض .

ويذهب فرويد الى القول بأهمية ما في الفرد من ميول جنسية مثلية مكبوتة كأساس للبارانويد .

وتعمل المحن المفاجئة على ظهور المرض مثل الاصابة بمرض جسمى او الإرهاق الشديد او التعرض لسعوم الامراض المعدية او الاصابات او الفصل من العمل او تخطي الشخص في ترقيته .

الصورة الكلينيكية : ينشأ الاضطراب عادة بعد سن الأربعين ، وربما لا يظهر مطلقا قبل سن الثلاثين . ويشيع الاضطراب بين الذكور عنه بين الاناث . وتنشأ الصورة الذهانية من الشخصية البارانويد ، فالفرد بتلك الشخصية يتسم بالتوتر والقلق الشديد والتشكك وفقد الثقة في الآخرين ، وعدم الشعور بالامن ، كما يتسم بالكتمان والكراهية . وتتسم أيضا الشخصية البارانويد بعدم النضج واستخدام الإنكار والاستقاط كأساليب دفاعية . والانتقال من الشخصية البارانويد الى الذهان الصريح مع ظهور الهذات ، يصعب تحديد بدايته .

ويتميز اضطراب البارانويد بنظام الهذات الثابت الجامد ويحدد هذه الهذات الحاجات النفسية للمريض ، ونوع التبرير الذي يناسب الأفكار والمعتقدات السائدة في بيئته . ويظهر المريض اجتهدا واضحا في محاولاته لكسب آخرين لمعتقداته الهذائية . وقد يبرر المريض بطريقة مقبولة ، حتى أن اصداقاه يقبلون ادعاءاته بأن أفرادا معينين وليس المريض ذاته يكونون مسئولين عن مشكلاته . وقد يصبح بعض المرضى على وعى بأن تصديق هذاتهم أصبح موضع تساؤل ، وعلى ذلك يحاولون اخفائها . وحكم المريض قد يضطرب فقط بالنسبة لنظام الهذات ، الذي غالبا ما ينشأ ببطء ويصبح في النهاية معقدا ومتشابكا ، وتسود أفكار الاضطهاد أو العظمة أو هما معا .

وبنشأة الاتجاهات الاضطهادية ، يوجه المريض كراهيته أوعدوانه نحو الآخرين ويصبح شديد الكتمان . وفي بداية فترة الذهان ، يصبح المريض غير مريح ، كما يتسم بتوهم المرض . وقد يصبح مكتئبا وحزينا وقضوبا ، وميالا للانتقام والتكبد . وغالبا ما يظهر الاستياء من الآخرين . ويتطور سوء الفهم وسوء التأويل الى هذات الاضطهاد .

. والمريض في محاولته للسيطرة على دوافع الكراهية ، التي يوجد فيها غالبا أصل البارانويد ، فإنه يسقطها على الآخرين ويخايرها وكأنها موجهة ضده . وتتسم انفعالية كثير من المرضى بالنكد ، وتظهر الأفكار الرجعية ، فهناك معنى خفي فيما يحدث في بيئة المريض ، فيلاحظ المريض دلالات خفية في الملاحظات والأحداث ويدب بعيدا في تفسير التفاصيل البسيطة التي تظهر في سلوك الآخرين . وتزيد الاحساسات الفاضة من الخوف ومن الشك واتجاهات الكراهية والعدوان لدى المريض . وكما يساعد عدم الاعتقاد والسخط والغضب ، الشخص العادي في منعه من أن يصبح على وعى بالدوافع والاستعدادات التي تسيء الى احترام الذات ، فان مريض البارانويد يستخدم هذه الاستجابات الدفاعية بدرجة أكبر . ومن صور البارانويد :

١ - البارانويا : اضطراب نادر يتميز بنظام بارانويد هذائي . يعتقد ينمو ببطء ويصاغ غالبا بطريقة منطقية ، مع عدم وجود هلاوس . ونظام البارانويد الهذائي قد يكون معزولا عن مجرى الشعور العادي ، وعلى ذلك تبقى أبعاد الشخصية الأخرى دون اضطراب . ويعتقد مريض البارانويا غالبا أنهم يتميزون بقدرات عالية وفريدة .

٢ - البارافرنيا الانكاسية : نمط من البارانويد يحدث في سن ما بين ٤٥ و ٦٥ سنة ويتميز بهذات الاضطهاد أو العظمة أو هما معا . ولكن لايتضح فيه الطبيعة المنطقية المنتظمة التي نلاحظها في البارانويا . كما لا نلاحظ ما يحدث في الفصام من اضطرابات انفعالية وعقلية وميل الى النكوص . ومن الجدير بالذكر أن بعض الأطباء يعتبرون البارافرنيا فصام بارانويد يحدث في سن متقدمة بعد أن تكون الشخصية قد أصبحت ثابتة وأقل احتمالا لعدم التكامل .

٣ - **الفيرة البارانويد** : فالفيرة التي يظهرها المريض شديدة ذات طبيعة هذائية . فمع وجود بعض الأساس الواقعي لها ، إلا أن الدليل الموضوعي يكون غير ملائم تماما لكي يظهر الشخص العادي تلك الفيرة الشديدة . وما يعتقده المريض هو في الحقيقة اسقاط لرغباته التي ينكرها كـرغبات له .

٤ - **المشق البارانويد** : فعشق المريض هنا انكار لرغباته التي يسقطها على شخص آخر حقيقي او خيالي . فقد يعتقد المريض أن أحد النساء من ذوات الحسب او الثراء يكون قد رآها او قابلها صدفة احبته ، وياخذ في الكتابة لها . وقد يعلل عدم ردها على كتاباته بأنها تحاول اختبار حبه لها .

٥ - **بارانويد العظمة** : هذا النمط من البارانويد أكثر الانماط شيوعا . وأوضح خصائص هؤلاء المرضى عدم الثقة الشديد في الآخرين ، والميل الشديد لانكار كراهيتهم ، وهذه الكراهية يستقطبها المريض الناس حيث يراهم المريض وكأنهم يتسمون بالكراهية . وقد تظهر أفكار العظمة بعد فترة طويلة من الشعور بالاضطهاد او قد تظهر منذ بداية المرض . وتشمل أفكار العظمة أفكار الاختراع ، والمرضى الذين تسيطر عليهم هذه الأفكار ، يميلون عادة طريقتهم العادية في الحياة ، ويخصصون أوقاتهم لوضع الخطط وبناء النماذج حيث يملكون عن استخدام بعض القوى والقوانين التي تناقض قوانين العلم المقبولة . ويظهر آخرون أفكارا عن النسب العريق . وبعض معتقدات العظمة تكون ذات طبيعة دينية ، فيردد المريض أن الله قد اختاره نبيا . وغالبا ما يحاول المريض أن يقوم بالدور الذي تحدده له أفكاره . فإذا كان يعتقد أنه قائد ديني ، فإنه يرتدى ملابس رجل الدين ، ويطلق لحيته ، ويظهر التواضع الذي يخفي وراءه الكراهية .

مسار المرض : انه مما فيه شك ان يشفى المريض تماما . ويندرج في تلك الحالات من البارانويد التي تقرب من فصام البارانويد ، ان يكن المرض ، كما ان مسار المرض يكون سيئا . وفي حالة البارانويد الحقيقية قد يحدث عدم تكامل بسيط في الشخصية ، او قد لا يحدث عدم التكامل هذا ، فيبقى سلوك المريض عادة في الحدود التي يتحملها المجتمع . ولهذا السبب فان نسبة كبيرة من اولئك المرضى لا يلتحقون بالمستشفى بسبب الاضطرابات النفسية ، ويظهرون بعضا من التحكم في الذات ، وياخذون انفسهم بالتعليمات ، ويتجنبون الامور التي تسبب احالتهم الى المحاكمة ، وذلك بدرجة اكبر مما يحدث في حالات البارانويد التي تقترب من فصام البارانويد ، حيث تكون حالات فصام البارانويد اقل اجتماعية واقل اجتهدا واقل اخذا بالتقاليد الاجتماعية والقانون .

العلاج : يستطيع كثير من المرضى القيام بجهنهم العادية ، حيث يكون لديهم القدرة على فصل نظامهم الهذائي من مجرى الشعور العادي ، وما لم يكن سلوك المريض شديد الخطورة على المجتمع فانه يحسن ان يعالج خارج المستشفى حيث ان الحاقه بالمستشفى يزيد من نظام هذائه ويشير كراهيته . ولكن اذا احدثت الهذات تأثيرا واضحا على اسلوبه ، وكانت موجهة نحو افراد معينين فان الامر يتطلب الحاق المريض بالمستشفى .

ولا يفيد علاج الصدمات الكهربائية في هذه الحالات الا قليلا ، بل قد يكون عديم الفائدة . والمهدئات الكبيرة قد تخفف التوتر الناشئ عن المعتقدات الهذائية ، ومن الاهمية اخضاع المريض لعلاج نفسي طويل المدى حيث يتاح للمريض الذي لا يثق في أحد ، الفرصة لتعلم الثقة في الآخرين ، فاذا استطاع المريض ان يتعلم الثقة التي لم يتعلمها في طفولته ،

فانه سوف يشعر بتوتر أقل وارتياح أكثر . وفي ذلك الموقف العلاجي يجب ان يؤخذ في الاعتبار بعض الاسس :

١ - يجب ان يعطى حرية كبيرة للمريض كلما أمكن ذلك . ويتحكم في ذلك مدى ما يظهره المريض من سلوك الكراهية . فالشخص الذي يشعر بأن الناس ضده يعارض بشدة أى قيود : فالقيود تؤكد له ان الناس حقيقة يعارضونه .

٢ - يجب ان تعامل المريض دائما بأمانة . فائريض يتوقع سوء المعاملة والتضليل من الآخرين ، كما يكون حساسا لدوافعهم . فاذا كان من يقوم بتمريضه أو علاجه يعامله بأمانة دائما : فان الفرصة قد تتاح له لكى ينمى بعض الثقة .

٣ - يجب أن نصفى باهتمام وتفهم لحديث المريض دون تعليق . واذا اضطررنا للتعليق على معتقدات المريض الهذائية ، فمن الافضل الاشارة الى اننا نفهم الموقف، ولكننا لا ننظر اليه بنفس النظرة التى ينظر بها المريض .

٤ - اجبار المريض الذى لا يثق فى زملائه على أنشطة او مواقف جماعية قد يؤدى الى الاستياء . ففي الوقت المناسب قد ينمى الاطمئنان واثقة الكافية ليشارك في أنشطة الجماعة .

٥ - يجب تجنب الاستفسار عن التفاصيل الدقيقة فى تاريخ حياة المريض وانشطته حتى لا يصبح الاستفسار عملية تجسس .

٦ - على المعالج أن يتوقع ان المريض قد يفقد الثقة فيه ، وهذا يجب الا يدخل المعالج مع المريض فى منازعات . وقد يقوم المريض

باختبار المعالج ليرى ما اذا كان يمكن الثقة فيه ، وما اذا كان يمكن ان يتحمل اتجاهاته .

٧ - على المعالج ايضا ان يتجنب العطف المتديد على المريض ، حيث ان المريض قد يفسر هذا على انه استغلال له ، ولهذا فالاتجاه المعتدل في العطف على المريض يحتمل ان يكون هو الامر الذي يمكن ان يتحملة ، على الاقل في بداية العلاج .

٨ - يجب ان نأخذ في الاعتبار ان المعتقدات الهدائية التي تشمل اناسا آخرين بما في ذلك هيئة التمريض ، قد تؤدي الى العنف .

٩ - يكون المريض في حاجة لان يرى نفسه مركزا للاهتمام وانشاط ، الامر الذي يشعر بأهميته ، التي نحمله من المعاناة من الاحساس العميق بعدم الكفاءة او العار او الإهانة .

وفي كثير من الحالات نجد ان مريض البارانونيد يتعلم ان يثق في المعالج وهذه الثقة امر هام في العلاج .

اضطرابات رد الفعل الذهانية

تعرف الاضطرابات النفسية التى تنشأ عن الصدمات النفسية المختلفة باضطرابات رد الفعل الذهانية . ويجب أن نشير الى ان الاضطرابات النفسية التى تتفق فى بدايتها مع الإصابة النفسية ، لا تنتمى كلها الى مجموعة اضطرابات رد الفعل الذهانية . فمن المعروف جيداً أن الفصام والهوس الاكتئابى وذهان الشيخوخة وكثيراً من الاضطرابات الأخرى ، تبدأ أحياناً بعد إصابة نفسية . والإصابة النفسية لا تؤثر فى ظهور اضطرابات رد الفعل الذهانية فقط ، ولكنها تحدث أيضاً صورتها الاكلينيكية ، كما تؤثر فى مدة بقائها ونتيجتها . وغالباً ما يتبع اختفاء أو ضعف العامل النفسى تفسير مرغوب فيه فى مسار المرض .

وكالاضطرابات العصبية ، فإن اضطرابات رد الفعل الذهانية ، تنتاب أساساً الأفراد ذوى النشاط العصبى الضعيف أو غير المتزن ، كما يمكن أن تنتاب الاضطرابات أيضاً الأشخاص ذوى الجهاز العصبى المتزن اذا كانت الإصابة النفسية شديدة . ومن الملاحظ أيضاً أن بعض الاضطرابات الجسمية التى تضعف من خلايا المخ العصبية لها تأثيرها بالإضافة الى الإصابة النفسية .

ويمكن تقسيم اضطرابات رد الفعل الذهانية الى :

١ - اضطرابات رد الفعل الذهانية الحادة

٢ - اضطرابات رد الفعل الذهانية المزمنة .

اضطرابات رد الفعل الذهانية الحادة

ترتبط نشأة الاضطرابات الحادة عادة بصدمة انفعالية فالاضطرابات تنشأ في ذروة الانفعال كامتداد مباشر له حيث انهياج الحركى واضطراب الشعور والذهول . ويجب ان نشير الى ان الهياج الحركى الذى يرتبط بحالات الانفعال الشديد قد لا يتطور الى نوبة هستيرية . فقد يحدث في موقف يهدد الحياة ان ينشأ هياج حركى شديد فيجرب الفرد دوسوى وأحيانا الى مكان اكثر خطورة كالجندى الذى يجرى الى الخط الامامى بدل ان يلجأ الى المأوى . والانفعال الذى يحدث هنا انفعال مرضى حيث يفقد المريض وعيه بالموقف وبسلوكه . وفقدان الذاكرة هذا علامة مميزة بين الانفعال المرضى والانفعال العادى ، كما يتميز الانفعال المرضى ببدايته الفجائية في اقصى شدته والنهاية المبكرة نسبيا حيث ينتهى خلال دقائق او ساعات .

اضطرابات رد الفعل الذهانية المزمنة

تحدث حالات رد الفعل المزمنة بدرجة اكبر من الحالات الحادة . وعادة لا ترتبط هذه الاضطرابات بصدمة انفعالية حادة ، ولكنها ترجع الى عوامل نفسية نشيطة مزمنة ، على الرغم من أنها قد تحدث تحت تأثير اصابة نفسية حادة . ونلاحظ في هذه الاضطرابات الصور الاكلينيكية التالية :

اكتئاب رد الفعل : يتميز هذا الاضطراب بهبوط الحالة الانفعالية . وينشأ عن موقف يشعر معه الفرد بأن حياته قد اضطربت . كالزوجة التى يكون زوجها قد توفى وتعتقد بأن حياتها قد اصسبحت (م ١٤ - الطب النفسى)

بدون هدف ، وينتابها افكار انتحارية ، وتفقد اهتمامها بالعمل ، وتهمل في مظهرها ونظافتها . والهياج الحركى والاضطرابات فى الوظائف الحيوية فى اكتئاب رد الفعل اقل شدة منها فى اكتئاب الدهان الدورى . ومساره يرتبط بموقف الإصابة الفعالم .

حالات التهويم النفسية : كحالات التهويم الهستيرية ، أو العته الكاذب أو مجموعة اعراض جانزر او الصبانية الهستيرية . والخاصية التى تشيع بينها ، وجود فكرة تناقض السبب الرئيسى للمرض . وهذا الموقف الخيالى المناقض للحقيقة ، قد ادى بالاكلينيين الى وصفها بالانسحاب من موقف الحياة غير المرغوب فيه . كالزوجة التى تقابل نيا وفاة زوجها ، بالقيام بترتيب المنزل ، وأرتداء أحسن الثياب ، واعداد الطعام الجيد ، وتأخذ فى الضحك وتجلس فى انتظار زوجها ، وتخبر كل من حولها بأن زوجها سيحضر حالا ، وأنه فى الطريق إليها ، وتبدأ تسلك وكأنها قد سمعت جرس الباب ، وتجرى نحو الباب لمقابلته والترحيب به ، وتزجر أطفالها لعدم الترحيب بأبيهم . وحالة هذه الزوجة حالة نموذجية من التهويم الهستيرى . فقد حلت أخبار موت الزوج بفكرة مودته الى البيت . وتتميز هذه الحالة أيضا بالهلوسى حيث يتصور الموضوع الرئيسى بوضوح وكأنه فى صورته الحقيقية .

وهناك حالات من التهويم ، لها مسار يصاحبه مجموعة اعراض من الاضطرابات السلوكية الواضحة ، حيث ينكص المريض الى مرحلة انطفولة التى كان يجد فيها الرعاية والتى كان يلعب فيها بالمراس . وبهذا يقابل المريض الحقيقة بمعاشته لذكريات الماضى البعيد وبسلك تبعا له . وهذه الحالة تعرف بالصبانية الهستيرية .

وفى بعض الحالات يقابل المريض خطر الحقيقة ، بالفشل فى فهم

المشاكل الأولية وتناول المواقف البسيطة . فعند ما يطلب منه اجراء عمليات جمع بسيطة ، يبدأ في يأس بالمد على أصابعه ، وعندما يطلب منه اخراج لسانه يشير الى أذنه . وعندما يطلب منه رفع يده اليمنى يرفع يده اليسرى ، أى انه يظهر في معظم الاحيان عدم قدرته على أداء العمل المطلوب منه ، وهى خاصية لا نلاحظها حتى فى حالات العتسه المعسوى . وهذا النمط من حالات التهويم يعرف بالعته الكاذب .

ومن حالات العتة الكاذب ، مجموعة اعراض شاذة من الاجابات التقريبية وضما جانزر . فعندما يسأل المريض : «ما اسمك؟» ، يجيب : « كم يكون معطفك جميلا » . وعندما يسأل « من اكون انى؟ » ، يجيب : « لم اتناول الشاى اليوم » .

وهذه الصور من حالة التهويم والعتة الكاذب ، ومجموعة اعراض جانزر ، والعصبانية المستيرية ، تتاب عادة الأشخاص الذين يتعرضون التحقيق البوليسى .

اضطرابات رد الفعل الذهانية الهلثية : وتضمن هذه الاضطرابات استجابات البارانويد الحادة وهذات الاضطهاد التى تنتاب الأشخاص المعوقين جسيما وخاصة ضعف السمع ، وبارانويد التقاضى . وتقوم العوامل البيئية التى تضعف من الشخصية بدور كبير فى هذه الاضطرابات ، فلقد لوحظ اثناء الحرب العالمية الثانية حالات بارانويد حادة من اتهام الذات عند الإصابة بجروح بسيطة فى الأطسراف او مع المضاعفات التى تحدث بعد الإصابة . كما تنشأ حالات بارانويد حادة عند التهاب العظام ، وبعد مرض فى الأمعاء يؤدى الى ضعف المريض او مع اضطرابات جسمية اخرى .

ومن اضطرابات رد الفعل الذهانية الهذائية ، الهذاء المرجعي والأضطهادي الذي ينتاب الأشخاص الذين يعانون من عجز عضوي كضئف السمع . فعادة ما يحاول المريض إخفاء عجزه لمدة طويلة ويحاول ان يجهد انتباهه ويظهر دائما الحذر في علاقاته مع الآخرين . ثم تزداد خاصية الحذر والشك حتى ان المريض عندما يسمع ضحك الآخرين يعتقد انهم يسخرون منه ، ولواجهة هذه السخرية التي يتخيلها المريض فانه يقرر عادة انه لن يعيرها انتباهه ، وان أولئك الذين يظنون انه أصم مخطئون ، وان كل شيء واضح له . ومراعاة لشعوره يحاول زملؤه في العمل الا يتحدثوا في وجوده ، الامر الذي يزيد من شكوكه ، ويبدأ في في الاحساس بانهم يتآمرون عليه . وبهذه الطريقة يتكون صورة واضحة من الهذات المرجمية والأضطهادية ، والتي بصاحبها أحيانا هلاوس سمعية . وبارتداد التقاضي صورة أخرى من ذهان رد الفعل الهذائي حيث يسيطر على تفكير المريض وسلوكه فكرة تتكون تحت تأثير بعض العوامل الانفعالية كالشعور بالاستياء . فتحت سيطرة فكرة الشعور بعدم العدالة وضرورة إعادة الأمور الى وضعها الصحيح ، يقيم المريض القضايا التي تستمر لسنوات ، ويحيل منزله الى مكتب للمحاماة ويحتفظ بنسخ من المستندات المختلفة التي يكون قد أرسلها الى الجهات المختلفة . وينتاب حالات رد الفعل هذه أساسا الأشخاص الذين لا يتسمون بقدرات عقلية عالية جدا مع اضطراب القدرة على تقييم سلوكهم وسلوك الآخرين .

العلاج : يجب الاهتمام هنا بالعلاج النفسي مع استخدام العقاقير كالكلوربرومازين والمحافظة على النوم العادي باستخدام النومات اذا لزم الأمر . كما يجب ان يوجه الاهتمام الى ازالة الاضطرابات الجسمية كالأمراض المعدية وسوء التغذية .

الاضطرابات العصبية

الاضطرابات العصبية مجموعة اضطرابات تنشأ من المحاولة التي يبذلها المريض لمواجهة المشاكل النفسية الداخلية والمواقف الخارجية الصعبة التي لا يستطيع المريض السيطرة عليها دون توتر أو دون الاساليب النفسية المضطربة التي يسببها القلق الناشئ عن الصراعات ، حيث يعتبر كثير من الأطباء أن القلق هو المصدر الديناميكي للاضطرابات العصبية . وتكون أعراض هذه الاضطرابات سواء من القلق كما يشعر به المريض مباشرة ويعبر عنه أو من محاولات السيطرة عليه بتسلك الدفاعات كالتحول أو التفكك أو الإحلال أو المخاوف أو الأفكار والأفعال المتكررة . ويتحدد نمط الاضطراب العصبي إلى حد كبير بنوع الاسلوب الدفاعي الذي يستخدمه المريض للسيطرة على القلق . وقليل من المرضى يقتصرون على أسلوب دفاعي واحد ، وعلى ذلك فكثر من المرضى يظهرون خليطاً من الخصائص . ولا يدرك المريض العلاقة بين صراعاته الانفعالية والمواقف الصعبة من ناحية ، واضطراب شخصيته من ناحية أخرى .

ولقد وضعت بعض المحكات للتمييز بين الاضطرابات العصبية والاضطرابات الذهانية . حيث يتضمن الاضطراب الذهاني اضطراب الشخصية بدرجة أشد من الاضطرابات العصبية ، كما أن عدم تكامل شخصية الذهاني يكون أشد من عدم تكامل شخصية العصابي وفي الاضطرابات العصبية لا تفسر الخبرات الداخلية السلوك الخارجى إلى درجة عدم السواء التي تحدث في حالة الاضطرابات الذهانية ، فلا يوجد اضطراب لاختيار الواقع . وقد يحرف المريض الذهاني أو يزيّف الواقع في صورة مذاهب أو هلاوس . وتفكير الذهاني قد يكون غير واقعي الأمر الذي لا يحدث في الاضطراب العصبي . وعامة فالذهاني لا يدرك أنه مريض وعلى ذلك لا يرغب في تغيير حالته ، بينما يدرك العصابي ما يشعر به

من اضطراب ويرغب شعوريا في تحسين حالته ، على الرغم من أنه من المعروف أن العصبي وخاصة الهستيرى يرغب لا شعوريا في عدم التحسن لما يورد عليه ذلك من مكاسب ثانوية .

ويمكن القول بأنه لا يوجد حد فاصل بين الاضطرابات العصابية والذهانية فهي تتداخل فيما بينها .

الأسباب : عندما نبحث عن اسباب الاضطرابات العصابية، يجب أن نذهب الى أن العوامل الانفعالية تقوم بدور فعال . فمعظم الاضطرابات العصابية تتوقف على الصرعات التي تنشأ في الطفولة . وعلى ذلك فلفهم اضطراب المريض يجب أن نحاول ربط أعراضه المرض الحالية ببعض مواقف الطفولة . وغالبا ما تتميز طفولة العصبي باضطرابات المشي أثناء النوم والصراخ أثناء النوم ، والتبول اللاإرادي واضطراب الكلام ، والهذيان مع الارتفاع البسيط في درجة الحرارة، والتخريب والاستشارة الانفعالية ، ونوبات الغضب والخاوف والافعال القهرية والخجل وقضم الأظافر، وغيرها من الاضطرابات التي تدل على مشاكل سلوكية . ويجب أن ننظر الى هذه المظاهر على أنها دليل على أن صراعات وعوامل موقفية معينة قد أحدثت قلقا وأدت الى الاعراض العصابية . ومن الضروري ألا نفحص تاريخ الطفولة للتعرف على الآثار التي تركتها ظروف الحياة ، الأولى فقط ، بل نتعرف على احساسات الذنب والصرعات بسبب الحاجات اللاشعورية ، والتعرف كذلك على أحداث الحياة الهامة والضيوف والتوترات في العلاقات البينية والضيوف اليومية في الحياة الأسرية بما فيها المشاكل الزوجية أو الجنسية .

ونشأة الاضطرابات العصابية قد توجد من ضرورة كبت أو تحريف أو احلال انفعالات الكراهية أو الغضب أو الدافع الجنسي أو دافع

الاعتماد على الغير ، عندما تظهر وتتصارع في شخصية المريض . فغالبا ما يثير هذا الصراع القلق الذي يعتبر مصدر الاضطرابات العصبية .

والاحساس بالذنب او المواقف الاجتماعية او العلاقات التي تعوق القدرة على التكيف او الزواج بمسئوليته ، والشعور بالاغباط ، عوامل قد تؤدي الى العصاب . وفترة الانتكاس قد يصاحبها القلق او الاكتئاب او الاستشارة . وقد ينشأ العصاب نتيجة لمرض جسمي طويل الأمد . ففي تلك الحالة قد يهدد المرض طویل الأمد احساس المريض بالامن ويؤدي به الى القلق الذي يمكن ان يواجهه المريض فقط بالدفاعات العصبية .

وكما ذكرنا فالأسلوب الذي يتكيف به المريض للقلق يحدد نمط الاضطراب العصبي . فاذا شعر المريض بالقلق وعبر عنه مباشرة ، ولم يقتصر هذا القلق على موضوعات او مواقف معينة ، فان العصاب يكون قلما واذا تحولت الرغبة المكبوتة التي تسبب القلق الى اعراض وظيفية في اعضاء او اجزاء الجسم فان الصورة الاكلينيكية تكون هستيريا تحولية . واذا غمر القلق الشخص وسيطر عليه مؤقتا فان الصورة الاكلينيكية تكون هستيريا تفككية كالذهول الهستيري او الهوجاج وفقدان الذاكرة . وفي عصاب الافعال القهرية يسيطر المريض على قلقه بالنشاط المتكرر . وفي المخاوف يسيطر المريض على القلق الذي يرتبط بموضوع او موقف معين او القلق الذي يرتبط بما يرمز لهذا الموضوع او الموقف بالخوف العصبي .

وتشيع الاضطرابات العصبية بين الاناث بدرجة اكبر منها بين الذكور نتيجة لما يطلب منهن من جمود في كبت الحاجات البيولوجية الاساسية وما يتبع ذلك من قلق ودفاعات تشكل الاعراض العصبية .

غضاب القلق

القلق حالة من عدم الارتياح والتوتر الشديد ، يصاحبها خوف لا يستطيع المريض التعبير عنه والشعور بتوقعات سيئة . ويصاحب القلق كثير من الاضطرابات الجسمية كسرعة نبض القلب وتوتر العضل واضطرابات الجهاز الهضمي . ويمكن ان ينشأ القلق مع اى موقف يهدد شخصية الفرد . فالقلق ينشأ عندما يهدد خطر انهيار كبت الرغبات الجنسية المحرمة او احساسات الكراهية والعدوان امن الشخصية . كما ينشأ القلق مع الاحباط او مع بعض مشاكل الحياة الرئيسية التى ترتبط بالتكيف المهنى والجنسى والاسرى .

الصورة الاكلينيكية : يمكن تقسيم حالات القلق الى حالات حادة واخرى مزمنة على الرغم من تداخل كل من الحالتين فى الاخرى ، فعادة ما ينتاب المريض كل من الحالتين .

فى حالات القلق الحاد يشعر المريض بالذعر الفجائى والتوتر . وقد تنتاب نوبة القلق المريض اثناء العمل او اى نشاط اجتماعى ، كما قد تنتابه عندما يكون بمفرده او مع الآخرين . كما ان المريض قد يستيقظ احيانا من النوم فى حالة من الذعر . ولا يستطيع المريض غالبا ان يصف بسهولة ما يشعر به ، ولكنه يعبر عن ان بعض الاضطراب الجسمى او النفسى قد انتابه ، ويكون فى حالة من الذعر ويشعر بالدوار والاعياء والغثيان وبآلام فى المعدة وبسرعة نبض القلب واضطرابه . ويشيع الام الرأس والرقبة واعلى الظهر والصدر . وقد يتنفس المريض بسرعة وحيانا يرتجف ، وقد يجلس بجمود او يكون غير مستقر ، وقد يتصبب العرق من وجهه ويديه .

وحالة القلق الحاد قد تستمر بضع دقائق او قد تمتد الى عدة ساعات او تستمر طول اليوم . وقد تنتاب نوبة القلق المريض عدة مرات في اليوم او قد تنتابه مرة كل عدة أشهر او قد تحدث بأى تكرار بين هاتين الحالتين . وتحدث حالات القلق الحاد من بداية مرحلة المراهقة ، ولكنها لا تشيع بعد منتصف مرحلة المراهقة . وعندما تنتاب حالات القلق الحاد الأطفال فانها ترتبط عادة بموضوع او موقف معين وتكتسب بذلك الخصائص الاكلينيكية للمخاوف . وغالبا ما ينتاب القلق الحاد المرضى الذين يعانون ايضا من حالات القلق المزمن .

وفي حالات القلق المزمن ، تقل عادة شدة عدم ارتياح المريض ، ولكن درجة ذمره تقترب منها في حالة القلق الحاد . وقد تمتد حالة القلق المزمن لايام او لاشهر او لسنوات ، او يمتد في صورة متقطعة لسنوات من الزمن . وقد يشفى المريض لساعات أحيانا ، ولكن عادة ما ينتاب المريض القلق طوال اليوم ، وينتاب المريض درجات مختلفة من عدم الاستقرار والذعر والتوتر وينظر الى المواقف الجديدة بتخوف . وغالبا ما يضطرب نوم المريض ويستيقظ في الصباح متعبا ويشكو من التعب طوال يومه . ويشيع شكوى المريض من آلام المعدة والغثيان والاسهال ، وزيادة سرعة نبض القلب وآلام أعلى وأسفل الظهر . كما يشيع الصداع الذى يصفه المريض بأنه يحيط برأسه . ويشكو المريض ايضا من ضيق فى التجويّف الصدرى ومن التنفس غير العميق .

مسار المرض : يختلف المسار الاكلينيكي لعصاب القلق الحاد والمزمن من مريض الى آخر حيث ينتاب بعض المرضى القلق لبضعة اسابيع فقط ويشفون دون علاج معين ، بينما ينتاب المرض آخرين بمسار يتذبذب بين الشدة والكمون لفترات تتراوح ما بين اشهر عديدة

أو سنوات ، وينتاب القلق بعض المرضى لسنوات متواصلة . والعلاج على أية حال يمكن أن يغير بوضوح مسار عصاب القلق . ويتأثر مسار المرض بالعوامل التالية :

١ - مدة وشدة العوامل المسببة للمرض ، فالمرض الذي ينشأ عن إصابة نفسية شديدة طويلة الأمد يكون أكثر استمراراً أو أصعب علاجاً . والمرض الذي ينشأ عن ضغوط في العلاقات غير الوثيقة لا يستمر إلا لفترة قصيرة كما يستجيب للعلاج بسهولة .

٢ - قوة وضعف شخصية المريض ، فبعض المرضى يتسم بأبعاد شخصية يكتبون بها بصيرة في مواجهة مشاكلهم بسهولة ، وأحداث تفيرت ذات دلالة في علاقاتهم مما يقلل من شدة قلقهم ، بينما يجمد بعض المرضى ويقاوم كل محاولات مواجهة الأصول الانفعالية لأعراضهم .

٣ - مدة المرض والمرحلة التي يبدأ فيها ، فالمرض الذي ينتابه القلق لبضعة أسابيع أو لبضعة أشهر يحتمل أن يستجيب للعلاج بدرجة أكبر من مريض ينتابه المرض لسنوات . وحالات القلق التي تبدأ في مرحلة الطفولة المتأخرة والمراهقة والتي تستمر لسنوات عديدة يصعب علاجها ، بينما يستجيب المرضى الذين يتعرضون للمرض في مرحلة البلوغ للعلاج جيداً .

٤ - الضغوط التي تتميز بها حياة المريض بسهولة أو صعوبة مواجهتها ، فالمرض الذي يقيم في أسرة تعاني من الضغوط أو عديم التعاون يكون مسار مرضه أسوأ من المريض الذي يقيم في أسرة لا تعاني سبباً من الضغوط ومتعاونة . وزيادة الضغوط أو زوالها بتغيير الأحداث في حياة المريض قد يؤثر كثيراً على مسار المرض .

٥ - طبيعة العلاج ومدته وكفائته .

العلاج : لا يتطلب علاج معظم الذين يعانون من القلق الالتحاق بالمستشفى حيث يمكن ان يتم العلاج فى العيادات الخارجية . ويمكن ان يتضمن العلاج وسائل للشفاء من القلق أو علاج الاعراض ، ووسائل تهدف الى تغيير ابعاد شخصية المريض أو علاج الاسباب . وعلاج الاعراض يتضمن اعطاء المهدئات البسيطة كالمبرومات ، او الالازيبام، او الكلوردايزيبوكسيد ، أو جرعة صغيرة من المهدئات الكبيرة كالكلوربرومازين أو الثيوريدازين. هذا بالإضافة الى العلاج الفسيولوجى والعلاج بالعمل ، الذى قد يكون له قيمة .

ومن وسائل العلاج التى تهدف الى تغيير ابعاد شخصية المريض ، العلاج النفسى بالاستبصار الذى يحتمل ان يكون العلاج المفضل . ويقوم هذا العلاج على أساس تعليم المريض الاستبصار بصراعاته الشعورية مع محاولة التكيف وتعديل الأهداف وتنمية قسدراته . وفى حالة بعض المرضى يحسن عدم محاولة الكشف عن الصراعات الخطيرة ، فقد يؤدي هذا الى حالة شديدة من القلق .

عصاب المخاوف

عصاب المخاوف اضطراب ينتاب فيه المريض خوف شديد من موضوع أو موقف معين . والمريض هنا قد يعانى من نوع واحد من المخاوف أو قد يعانى من عدد منها ، فالمخاوف تختلف باختلاف المواقف والموضوعات . وتبدأ المخاوف من خبرة معينة اثارت خوفا شديدا ، ويغلب ان يكون حدوثها فى الطفولة ، وقد تكبت هذه الخبرة فى اللاشعور لأنها خبرة تثير الشعور بالذنب ، وخروجها الى الشعور يكون مؤلما للشخص . وان كانت الخبرة المخيفة تتعلق بموضوع بذاته فانها تمتد الى عدة أشياء أو مواقف ترمز الى الموضوع الاصلى . والشخص هنا

لا يفقد بصيرته ، فهو يعرف ان خوفه المرضي سخيـف خاطيء لا مبرر له ولكنه يعجز عن مقاومته والتخلص منه .

الصورة الاكلينيكية : تتكون بعض المخاوف من قلق واضح عندما يواجه الشخص موقفا معينا ، فقد ينتابه القلق الشديد عندما يدخل مكانا مطلقا او مكانا مظلما او يصعد الى مكان مرتفع . وقد يخاف الشخص من موضوعات معينة ، حيث يخاف من القطة او الكلاب او الحشرات او المواصلات او السيارات او الطائرات او غيرها من الموضوعات . وعندما يواجه المريض الموضوع او الموقف الذي يثير مخاوفه فان قلقه يتراوح بين عدم الارتياح البسيط الى النعر . واذا استمر على اتصال بموضوع او موقف المخاوف لفترة من عدة دقائق الى عدة ساعات ، فان قلقه غالبا ما يقل الى حد ما على ان الامر لا يكون كذلك في بعض الحالات .

والمخاوف البسيطة في الطفولة قد تستمر من بضعة اسابيع الى ستة اشهر او سنة ، وغالبا ما تختفي تلقائيا ، واذا كانت مشاكل الطفل بسيطة فان المخاوف قد لا تنتابه مرة اخرى . ومخاوف الطفولة الشديدة قد تستمر لعدة سنوات او قد تستمر للمراهقة اذا لم يعالج الطفل . وعلى اية حال فان مخاوف الطفولة الشديدة قد تختفي عادة في المراهقة دون علاج . ومخاوف المراهقة والبلوغ ما لم تتأثر بالعلاج تكون اكثر ميلا الى الاستمرار من مخاوف الطفولة . ومخاوف البالغين تتذبذب في شدتها ، تبعا لظروف الشخص . ومخاوف البالغ البسيطة تختفي احيانا بعد استمرار من عدة اشهر الى عدة سنوات . ولكن من الشائع ان نلاحظ مرضى بالذين يعانون من المخاوف عددا من السنوات . كما تبدأ بعض المخاوف في سنوات البلوغ المبكرة وتستمر بقية حياة المريض .

ويتخذ بعض مرضي المخاوف أسلوبا من الحياة يقلل من تعرضهم لمخاوفهم كما يتخذون طرقا للتقليل من آلامها . فبعض الأشخاص الذين يعانون من مخاوف شديدة من الازدحام والاماكن العامة قد يجدون أنهم يستطيعون تحمل هذه المواقف اذا كان في صحبتهم بعض الاصدقاء أو الاقارب وينظمون حياتهم على أساس أنهم لا يترددون على الاماكن العامة دون صديق أو قريب . وضغوط الحياة قد تزيد من شدة بعض المخاوف . والعلاج قد يشفى المخاوف أو يقلل من شدتها على الأقل . والعوامل التي تؤثر على مسار عصاب القلق تؤثر أيضا على مسار عصاب المخاوف .

العلاج : الطريقة الأساسية في علاج عصاب المخاوف طريقة المقابلة حيث يبحث المريض كيفية حل المشاكل الانفعالية ، فحل هذه الاضطرابات الانفعالية يحرر المريض من مخاوفه . ويمكن ان يساعد العلاج بالمقائير المريض في التغلب على المخاوف البسيطة . فتناول عقار ضد القلق قبل ان يواجه المريض الموضوع أو الموقف الذي يخاف منه غالبا ما يساعد المريض على ان يواجه الموضوع أو الموقف بارتياح .

والعلاج السلوكي طريقة أخرى لعلاج المخاوف ، حيث ينظر الى المخاوف على انها استجابات شرطية من القلق لموضوع أو موقف معين . فمن خلال الخبرات التي يرتبط فيها موضوع معين بكثير من القلق ينتاب المريض الدعر عندما يواجه الموضوع . ويقوم العلاج السلوكي للمخاوف على التقليل من حساسية المريض بالموضوع أو الموقف أو التقليل من عملية الاشتراط ، وذلك عن طريق التعرض للموضوع أو الموقف بالتدريج ، بينما يحاول المعالج احلال استجابة الارتياح محل استجابة الدعر . ويقيد العلاج السلوكي في علاج المرض عندما يعاني المريض من نوع واحد من المخاوف في ظروف حياتية صحيحة نسبيا .

عصاب الوسواس القهرى

الوسواس تفكير مستمر قلق لا يستطيع المريض التخلص منه . فقد يعانى المريض من خوف مستمر من الموت ولا ينقطع تفكيره فيه ، او قد يفكر باستمرار فى انه مصاب بمرض معين كمرض القلب او السرطان . والقهر دافع شديد لاداء فعل ما لازالة التوتر . فبعض المرضى يشعرون بشدة بأن عليهم عد كل درج سلم يصعدون عليه ، او أن عليهم غسل اليدين باستمرار بسبب خوفهم من الجراثيم او القذارة .

وينتاب الوسواس والقهر أحيانا نفس المريض ، كما أن الوسواس قد ينتاب المريض بدون القهر ، ويصدق هذا على وسواس الخوف من الموت والمرض والعنف . ومن ناحية أخرى ، فمريض عصاب القهر يعانى عادة من الوسواس .

الاسباب : يتناول مريض عصاب الوسواس الكلمات والعبارات بطريقة يسيطر بها على القلق . فبدل أن يصبح على وعى بالخبرات المؤلمة ، فإنه يخفى اضطرابه فى الكلمات التى تصبح رموزا لتلك الخبرات . وحيث أن الاضطراب يهدد المريض باستمرار بالظهور فى وعيه ، فعليه أن يردد الكلمات والعبارات دون نهاية او يفكر فيها دون توقف . وعلى ذلك فالشخص الذى يصارع الاحساسات والدوافع العدوانية التى لا يستطيع أن يواجهها شعوريا ، قد يعبر عن هذه الاحساسات فى صورة صياغات كلامية وافكار متكررة تتعلق بالعنف والموت نحو ذاقه ونحو الآخرين . والشعور بالذنب بسبب الافعال الجنسية غير المقبولة قد يصبح متضمنا فى الوسواس بكلمات تدلّ على القذارة والجراثيم . والمريض الذى يعانى من احساسات بالذنب بسبب صراعات لم تحل مع

احد الوالدين او الاخوة ، والذي يكون قد مات فجأة بنوبة قلبية ينتابه افكار وسواس تتعلق بنوبة القلب والموت .

وتتنوع العلاقات البينية في عصاب الوسواس في مجموعة اعراض وسواس قتل الاطفال والشيخوخة ، الذي ينتاب الامهات الصغار حيث تمنى الامهات من افكار وسواس قتل اطفالهن ، ويشعرن ان مثل هذه الافكار تعنى انهن على وشك الشيخوخة . وكثير من هؤلاء الامهات الصغار يتسمن بالسلبية فيحتفظن بكل غضبهن دون التعبير عنه ، ويشعرن بالذنب اذا اصبحن في حالة غضب . وهذا النمط من السلبية والاحساس بعدم الاهمية وعدم الكفاءة الذي يصاحبها ، كانت تثارعادة في علاقة المريضة المبكرة باحد والديها او كليهما ، والذي يسبب لها الشعور بالذنب والدونية عندما كانت تحاول أن تحقق ذاتها بصورة ما . وكام فان هذه المريضة تكون عادة سلبية لا تستطيع ان تكون حازمة مع اطفالها . وغضب المريضة الذي لا تبر عنه ، في محاولتها للتعامل مع اطفالها يضاف الى غضبها المكبوت من سنوات عديدة . وينتاب المريضة الفرع عندما تشعر ان غضبها قد يظهر في سلوك عدواني ، وتخاف ان يظهر الغضب في اعنف صورة من العدوان ، في قتل اطفالها . ويجد اضطرابها الداخلى تعبيرا محدودا في افكار الوسواس المؤلمة التي تحل محل الشعور بالعدوانية في العلاقات البينية الماضية والحاضرة .

والافعال القهرية محاولات للتخلص من القلق والذنب بتكرار افعال جسمية . والعلاقات البينية والعمليات الانفعالية في عصاب الافعال القهرية تشبه تلك التي تؤدي الى عصاب الوسواس . والفرق بين عصاب الوسواس وعصاب الافعال القهرية في أن مريض الوسواس يجند لاضطرابه تعبيرا في تكرار الافكار ، بينما يجند مريض الافعال القهرية لاضطرابه تعبيرا في الحاجة الشديدة الى تكرار الافعال الجسمية .
(م ١٥ - الطب النفسي)

الصورة الاكلينيكية :

عصاب الوسواس : ينتاب المريض الذى يعانى من الوسواس عادة عدد من افكار الوسواس . وافكار الوسواس الشائعة التى تنتاب المريض تكون الوسواس من الجرائم والقتل والعدوان تجاه الآخرين . وقد تأخذ افكار الوسواس صورة الافكار المجردة التى تتضمن غالبا الموضوعات الفلسفية او الدينية . ويشيع وسواس الخوف من المرض ، كالخوف من مرض القلب والامراض النفسية . وغالبا ما نلاحظ افكار وسواس من افعال عنف نحو الآخرين او نحو الذات حيث يعانى المريض من وسواس الخوف من ان يصدمة بسيارته سيارة أخرى أو يعانى المريض من وسواس الخوف من ان يلحق بنفسه من النافذة أو يتلع كميات كبيرة من المواد السامة . كما ان هناك افكار الوسواس بالقيام بافعال غير اخلاقية كالافعال الجنسية في الاماكن العامة أو ترديد الشتائم في الاجتماعات العامة أو ارتكاب الجرائم الجنسية أو السرقة بالاكراه .

والمريض الذى يعانى من الوسواس لا يكون لديه الدافع لتنفيذ ما يوحى به وسواسه من افعال ، بل يخاف بشدة الا يستطيع السيطرة عليها ويبدل محاولاته لمنع حدوثها . وتشمل افكار الوسواس ايضا صياغات كلامية وتأملات فكرية تتناول موضوعات فلسفية أو دينية مجردة ، ويعانى بعض المرضى من افكار وسواس تتعلق بافعال ماضية . كان يفكر المريض فيما اذا كان قد نسي اغلاق باب دورة المياه التى استخدمها في احد المطاعم اثناء رحلة سياحية كان قد قام بها . ومريض آخر يقضي العديد من الساعات كل يوم في محاولة تذكر ما اذا كان قد احرق خطابا كان قد بدأ في كتابته ، يتناول فيه أحد اسراره . ويزداد

قلق مريض الوسواس غالبا يخوفه من افكاره ، حيث يخاف المريض غالبا من ان افكاره قد يكون لها القوة بطريقة سحرية ما ، في ان تصبح محتوياتها حقيقة . فالمرضى الذى يعانى من وسواس الخوف من موت احد افراد أسرته ، غالبا ما يخاف من ان فكره هذا قد يؤدى بطريقة سحرية ما الى موت ذلك الشخص . وتلك الاحساسات التى تتعلق بالقوى السحرية لافكار الوسواس تكون شديدة عند الاطفال الذين يعانون من الوسواس ، ولكنها تنتاب ايضا كثيرا من مرضى الوسواس البالغين .

والمرضى الذين يعانون من الوسواس البسيط ينظرون اليه على انه قلق . ويعتبرون انفسهم مجرد اشخاص يتسمون بالقلق . بينما يؤدى الوسواس الشديد الى اضطراب المرضى الذين يعانون منه . فغالبا ما يكونون فى حالة عدم ارتياح مستمرة ، ويشعرون بان تلك الافكار التى لا مبرر لها قد تكون علامات لاضطراب عقلى شديد .

عصاب القهر : القهر دافع شديد لاداء فعل يزيل التوتر . واداء الفعل يشفى الشخص من القلق الذى يشعر به قبل اداء الفعل . ككرار غسيل اليدين وتحريك الاذرع واليدين ، ولمس موضوعات معينة عددا من المرات وغيرها من افعال . وقد يعانى المريض من الدوافع القهرية فى كل مجال من مجالات حياته . وتختلف الافعال القهرية ، من افعال بسيطة تنير الضيق فقط الى افعال تؤدى الى عجز المريض . وبأخذ القهر غالبا صورة افعال متكررة يجب ان تؤدى عددا معيناً من المرات . ووسواس الخوف غالبا ما يكمن وراء الافعال القهرية حيث يكون اضطراب الوسواس القهرى . فالمرضى الذى يعانى من غسيل اليدين القهرى وطقوس النظافة ، يعانى عادة من الخوف من الامراض الى بخشى ان تصيبه من الاشياء غير النظيفة .

والمريض الذى يعانى من المد القهرى ، يخاف عادة من أن مرضا شديدا أو كارثة ستحل به اذا لم يتم بهذه الافعال القهرية لابعاد سوء الحظ هذا . والمريض الذى يعانى من افعال قهرية تلازم النوم يخاف عادة من أنه اذا لم يتم بهذه الاعمال الروتينية ، فانه لا يستطيع النوم ، وان الارق سيؤدى الى تدهوره جسميا ونفسيا . وعلى أية حال ، فعندما يعانى المريض من الافعال القهرية لأشهر أو لسنوات عديدة فانه قد يقوم بها بنون وعى بوسواس الخوف الذى يصاحبها أساسا . وفى الفحص الاكلينيكي قد يبدو أن الافعال القهرية لا ترتبط بأفكار وسواس . ولكن عندما يمكن تذكر المراحل الاولى لاضطراب القهر ، وعندما يكشف المريض عن افكاره بارتباطها بالافعال القهرية ، فان افكار الوسواس التى تصاحب الافعال القهرية يمكن عادة ان تتضح .

مسار عصاب الوسواس القهرى : عصاب الوسواس البسيط او متوسط الشدة الذى يصاحبه افعال قهرية غالبا ما يزول تلقائيا وخاصة اذا حدث اثناء فترة من الضغط الواضح فى حياة المريض . وعندما يزول عصاب الوسواس المتوسط الشدة تلقائيا فان المريض يكون لديه استعداد لان تتنابه افكار وسواس فيما بعد اذا تعرض لتوتر انفعالى شديد . وعلى أية حال فالمريض الذى يعانى من عصاب وسواس بسيط أو متوسط الشدة عادة ما يشفى بسرعة أكبر مع العلاج النفسى ، حيث يحل بعض مشكلاته الانفعالية التى تسبب اضطرابه . واذا كان عصاب الوسواس شديدا ، فان فرصة احتمال زواله تلقائيا تكون اقل كثيرا . وبعض حالات عصاب الوسواس ، حتى ولو لم يصاحبها امراض قهرية تستمر غالبا لسنوات على الرغم من أنها تتذبذب عادة فى شدتها ، وغالبا ما لا يكون هناك أمل من العلاج النفسى وخاصة اذا وجدت لاشهر أو لسنوات قبل بدء العلاج .

وعصاب الوسواس الذى ينتاب الاطفال يختفى فى معظم الاحيان على الرغم من شدةه ، ونادرا ما يستمر لما بعد المراهقة . ولكن اذا استمرت المشاكل الانفعالية وضغوط العلاقات البينية دون حل فقد تتابع اعراض وسواس جديدة او اضطرابات عصابية اخرى فى المراهقة او البلوغ .

وعصاب القهر غالبا ما يستمر لسنوات . واحيانا يبدأ فى المراهقة او فى السنوات الاولى للبلوغ ويستمر طيلة حياة المريض . ويتذبذب كثيرا فى شدةه فيختلف من شهر الى شهر ومن سنة الى سنة . ولكن هناك بعض الحالات التى تشفى تلقائيا . والعلاج النفسى السريع يزيد من فرصة الشفاء . فنتائج العلاج النفسى لحالات عصاب الانفعال القهرية التى تكون قد ظهرت من بضعة اسابيع الى بضعة اشهر تكون جيدة ، فقد يشفى المريض كلية او الى حد كبير . ولكن الحالات التى تعالج بعد اشهر او سنوات عديدة من ظهورها ، يكون مسارها سيئا حتى مع العلاج النفسى الطويل المدى .

وعصاب القهر عند الاطفال قد يستمر من بضعة اشهر الى عدة سنوات ، ولكنه يختفى فى الوقت المناسب عادة . ولكن اذا لم يحصل الاضطراب الانفعالى عند الاطفال فان اعراضا جديدة من الانفصال القهرية واضطرابات عصابية اخرى قد تتابع فى المراهقة او البلوغ . ويشيع الاكتئاب وفترات من القلق الواضح بين مرضى عصاب الوسواس والقهر المزمن . وتستجيب اعراض الاكتئاب والقلق غالبا للعلاج النفسى والعقاقير المضادة للاكتئاب والقلق حتى اذا لم تتغير اعراض الوسواس والقهر الا قليلا بالعلاج . واحتمال تطور عصاب الوسواس والقهر الى اضطراب ذهاني قليل جدا .

العلاج : يستجيب عصاب الوسواس الذى لا يصاحبه عصاب
أفعال قهرية للعلاج النفسي جيدا حيث يبحث العلاج عن كشف وحل
الضغوط الانفعالية التى أدت الى العصاب . وتفيد أحيانا العقاقير
المضادة للقلق فى حالات المرضى الذين يعانون حديثا من اضطراب
الوسواس اذا كان الوسواس مصحوبا بالقلق ، ولكن على المريض ان يفهم
ان الضغوط الانفعالية التى تعرض لها فى الماضي والحاضر . قد أدت الى
الاضطراب وأن فى حطها يكمن العلاج . وعصاب القهر الذى يكون قد
استمر لأكثر من بضعة أشهر يصعب علاجه جدا . والعلاج النفسى قد
يؤدى الى التخفيف منه بدرجة محدودة . وعلاج العقاقير ذو فائدة
محدودة ، ما لم يكن المريض يعاني من قلق أو اكتئاب يصاحب عصاب
الافعال القهرية ، وفى هذه الحالات تفيد العقاقير المضادة للقلق أو
الاكتئاب فى علاج القلق أو الاكتئاب ولكنها لا تؤثر على اضطراب القهر
الرئيسى .

عصاب الهستيريا

يتضمن عصاب الهستيريا نمطين من الاضطراب ، يرجعان الى
عوامل مسببة واحدة :

١ - الهستيريا التحولية ، حيث تتحول الاضطرابات الانفعالية
الى أعراض جسدية كالشلل وفقدان البصر .

٢ - الهستيريا التفكيرية وتتميز باضطراب الشعور . وتظهر فى
فقدان الذاكرة والهواجس ، والمشى أثناء النوم ، وفقدان اللبث والذهول
الهستيرى .

الانسحاب : تؤدي ضغوط التفاعلات البيئية التي يتعرض لها المريض في ماضيه وحاضره الى اضطرابات انفعالية تتحول الى اعراض جسدية كما في الهستيريا التحولية ، او تؤدي هذه الاضطرابات الانفعالية الى انشقاق او تفكك أفعاله عن شعوره بها ، وهذا لا يشعر المريض بالقلق المؤلم لانه لا يواجه اى صراعات . ففي العرض الجسمي يجد المريض حلا لقلقه ، ويتجنب ان يصبح تحت تأثير مشاكل تفاعلاته البيئية . والعرض الهستيرى الذى قد ينتاب المريض يكون له علاقة رمزية واضحة بالمشاكل الانفعالية التى سببته ، بمعنى ان المريض الذى يعاني من شلل عضلى هستيرى يقول لاشعوريا خلال عرضه إنه لن يقوم بالأفعال التى نتوقعها او نطلبها منه . وفى نوبة الانغماء الهستيرية يعبء المريض لاشعوريا وعيه بالضغط الانفعالى ، ويتجنب التفاعل مع الموقف الانفعالى المؤلم . وفى فقدان الذاكرة الهستيرى يحى المريض نفسه من الم الأحداث الماضية بفصل ذاكرته للأحداث الماضية ، ويفقد استدعاؤه لها . وفى حالة فقدان الذات ، يهرب المريض من اضطرابه الانفعالى نشأة الشعور بأن شخصيته قد تغيرت وأنه أصبح يختلف عما كان عليه .

ويعتقد ان مريض الهستيريا ، قد قام بتنشيطه عادة والدان مشغولان بذاتهما فلم يقيما علاقات وثيقة معه . وكأنا يشارك الطفل بفعل ما يشاء ، وبهذا نشأ شخصا متمركزا حول ذاته لا يفرغ ما يجب ان تكون عليه العلاقات البيئية . وايضا لم يوجد هناك آخرون أثناء سنوات نشأته لاقامة علاقات وثيقة معه وتصحيح انحرافات شخصيته . وبهذا لا ينمو المريض انفعاليا بعد مرحلة الطفولة وعند التعرض لضغوط انفعالية نتيجة لمشكلة فى حياته الزوجية او فى تربية أطفاله أو خيانته الاقتصادية أو علاقائه الاجتماعية قد يثابته فقدان الذاكرة أو الهواجع

او الذهول الهستري ، او قد يعنى نفسه من المسئولية باظهار عجز
جسمى ، كالشلل التحولى او الالم التحولى او نوبات الاغماء .

الصورة الاكلينيكية :

الهستيريا التحولية : تحدث الهستيريا التحولية فى معظم الاحيان
فى الفترة ما بين متوسط المراهقة ومتوسط الاربعينات ، على أنها تحدث
ايضا بعد الاربعينيات كما تحدث أحيانا فى الأطفال .

ويجب تمييز الهستيريا التحولية عن الامراض النفسجسمية . ففى
الهستيريا التحولية يعانى المريض من فقدان الوظيفة الجسمية نتيجة
لعوامل انفعالية ، لا نتيجة لمرض عضوى . فالمرضى الذى يعانى من شلل
هستري فى احد اطرافه ، لا يعانى من مرض عضوى فيه ، ولكنه يعانى
من حالة انفعالية أدت الى عدم القدرة على تحريكه ، بينما المريض الذى
يعانى من مرض نفسجسمى ، يعانى حقيقة من مرض عضوى نتيجة
لعوامل انفعالية . ففرحة الاثنى عشر مرض عضوى نتيجة لاضطراب
انفعالى .

وتظهر الأعراض التحولية فى العضلات حيث الشلل الذى قد ينتاب
احد اطرافه العليا أو السفلى ، أو كلا الطرفين العلويين أو السفليين ، أو
كلا الطرفين على جانب واحد من الجسم أو قد ينتاب الأطراف الارعة .
ويسهل التمييز بين الشلل الهستري والشلل العصبى ، ففى الشلل
الهستري لا تخفى أفعال الأربطة المنعكسة العميقة بل قد تزداد شدة ،
كما أن علامة البابينسكى وغيرها من العلامات العصبية تكون عادية .
ويمكن ملاحظة المرضى يتحركون فى نومهم تحركا عاديا ، أو يمكن انارتهم
ليتحركوا هاديا بعد احداث تشاقل بحقنه أميتال فى الوريد مع مشير مؤلم

بدرجة بسيطة في الطرف السفلى او العلوى . كما يمكن لبعض المرضى تحريك مجموعة عضلات في حركة معينة وليس في حركة اخرى . والعضلات التى ينتابها الشلل لا تضمر ، كما لا ينتاب المريض القروح .

وتتضمن نوبات الهستيريا التحولية حركات تشبه الحركات التوتيرية والتواتيرية في حركات تشنجات الصرع الكبير . وقد تستمر النوبة من دقيقة الى ساعة او ساعتين . وغالبا ما تتضمن نوبة الهستيريا جمود الجسم كله مع انقباض وغلط العينين او فتحهما بتفرس . وقد لا يفقد المريض شعوره اثناء النوبة او قد ينتابه النسيان لما يحدث خلالها . وائناء النوبة لا يعرض المريض على لسانه او يتبول او يتبرز . كما يحدث في النوبات المضوية . ويشيع هنا نوبات الاغماء ، فينتاب المريض هبوط ويستمر في عدم الاستجابة من بضعة ثوان الى عدة ساعات ، ينما تبقى العلامات الحيوية وكل الابعاد الجسمية عادية . ويشيع في حالة الهبوط هذا تحريك الطرفين العلويين بدون هدف ورفرفة الجفون . وتحدث النوبات الهستيرية في وجود الآخرين فقط .

وتتضمن الارتعاش الهستيرى الاهتزاز البسيط والشديد للطرفين العلويين والسفليين او الرأس الذى يشبه الى حد ما ارتعاش مرض العقد القاعدية او غيره من الأمراض العصبية . ويختلف الارتعاش الهستيرى في شدته من وقت لآخر فأحيانا قد لا يلاحظ وأحيانا اخرى قد يكون واضحا . وغالبا ما يختفى عندما يكون المريض بمفرده او يشعر بأن احدا لا يلاحظه ويتضح الارتعاش عند فحص المريض طبيا .

وتشيع الأعراض التحولية البسيطة في العضلات وتتضمن هذه الأعراض ضعف مجموعات العضلات الصغيرة وعدم اتساع حركاتها . فتقلص العضلات اثناء الكتابة يمكن اعتباره عرضا تحوليا بسيطا ، حيث

ان المفضلات التي لا يمكن استخدامها بارتياح في الكتابة يمكن إستخدامها في انماط أخرى من الأنشطة . والمريض الذي يعاني من فقدان الصوت الهستري قد يكون أبكم أو قد يتكلم في همس فقط ويشكو من ضعف في الصوت . وملاحظة الجبال الصوتية في فقدان الصوت التحولي تكشف عن أنها في حالة عادية .

وتتضمن الأعراض الحسية التحولية فقدان الاحساس والجسائية الزائفة والالم الهستيري . وهذه الأمراض غالبا ما تكون غير محددة الموضع ، فقد تنتقل من يوم الى آخر . وقد تكون مواضع هذه الأعراض محددة تماما كالتمثيل في قمة الرأس أو الالم الشديد المستمر في المنطقة العصبية . وتوصف الجسائية الزائفة الهستيرية على انها احساسات بالذباض أو الإبر في المنطقة المتأثرة . وغالبا ما يوجد هناك صعوبة في تشخيص الجسائية الزائفة حيث أنها قد تنشأ عن اضطراب عصبي أو دموي .

والالم الهستيري التحولي قد يكون حادا ومؤلما ويعيل لأن يكون مستمرا . والالم الذي يوصف بأنه مستمر في شدته درن توقف أو تبدل لأسابيع أو لأشهر يحتمل كثيرا أن يكون الما هستيريا . فالالم الذي يرجع الى أسباب عضوية يكون متبدلًا وعادة ما يمكن بعض الفترات . والمريض الذي يعاني من الالم الهستيري غالبا ما يصفه بأنه مؤلم ومستمر ، ولكن لا يبدو على المريض الضيق . وغالبا ما يقرر المريض بأن الالم يستمر ليلا ونهارا ولكن أقاربه يقررون بأنه ينام جيدا . وغالبا ما لا يتأثر الالم التحولي بالمخدرات والمسكنات . ومع هذا فهناك بعض الحالات التي يتبدل فيها الالم الهستيري أحيانا وقد يخفى مؤقتا استجابة للعلاج الطبي .

والآلام الهستيرية يمثل مشكلة تشخيصية في الطب الاكلينيكي .
فأعراض الآلام الهستيرية في منطقة أسفل البطن والظهر وفي منطقة الحوض
تشير خداعا في التشخيص وتحتاج لمهارة كبيرة في التشخيص لتجنب
العمليات الجراحية غير الضرورية أو العلاج الطويل الأمد لأمراض
جسيمة لا وجود لها .

والأعراض التحولية في الإدراك الحسي تظهر في اضطرابات الابصار
والسمع أحيانا . والاضطرابات البصرية التحولية أكثر شيوعا وقد تأخذ
صورة العمى ، والمجالات البصرية المحدودة ، والرؤية المعتمة ، والبقع
أمام العينين ، وانحراف الأشياء عن حجمها الحقيقية ، ورؤية صورة
مزدوجة إذا كانت إحدى العينين مغلقة . وفي حالة العمى الهستيري
غالبا ما يصف المريض عماء بأنه لا يرى إلا مجالا أبيض وفي وقت آخر
لا يرى إلا سوادا . والعمى الهستيري قد ينتاب العينين معا . وهذه
الاضطرابات البصرية لكثير من الأعراض الهستيرية غالبا ما تظهر فجأة في
أقصى شدتها وقد تختفي وتعود للظهور بنفس الفجائية .

وجدير بالذكر أن تشير إلى أن المريض الذي يعاني من اضطرابات
تحويلية لا يشير هذا الأمر كثيرا ، فعدم ارتياحه نحو الأعراض التي يعاني
منها أقل كثيرا مما يحدث للمريض الذي يعاني من نفس الأعراض نتيجة
لأمراض عضوية . فالمرضى الذين يعانون من العمى الهستيري غالبا ما يظهر
عليه عدم الاهتمام لما انتابه من عجز فجائي . والمرضى الذين يعانون من
شلل نصفي تحولي يواجه اضطرابه بهدوء غير عادي . ومع عدم الاهتمام
هذا ، وخاصة لدى المرضى الذين يعانون من أعراض هستيرية بسيطة ،
قد يعبر بعض المرضى عن كثير من الاهتمام نحو ما ينتابهم من أعراض .
والأعراض الهستيرية قد تقوم على أمراض عضوية أحيانا . فالآلام

الهستيرى قد يقوم على اضطرابات في عظام الجزء السفلى من الظهر أو على اضطرابات في الحوض . وهذا التوهم الهستيرى ينتاب المريض ذو الاستعداد الانفعالى للأعراض الهستيرية والذي يعانى من اضطرابات عضوية تصبح الأساس الذى تربط به الأعراض الهستيرية . وهؤلاء المرضى قد يمثلون صعوبات كبيرة فى التشخيص والملاج ، الأمر الذى يتطلب مهارة إكلينيكية . وقد يصعب أحيانا إزالة العرض الهستيرى لأنه يساعد المريض على أن يتجنب به ضغوط التفاعلات البيئية . فالمرأة السلبية الخجول قد تجد لا شعورياً في ألم البطن الهستيرى أو في ألم الجزء السفلى من الظهر ، ما يساعدها على ألا تترك المنزل . وبذلك تتجنب المواقف الاجتماعية التى لا تشعر فيها بالارتياح . والعامل الذى أصيب فى العمل قد ينتابه توهم هستيرى دائم يمنعه من العودة إلى العمل الذى ينفر منه وقد يساعده على الحصول على تعويضات مالية .

وتشيع الاضطرابات الهستيرية بين الأشخاص المنخفضى التعليم ذوى المستوى الاجتماعى والاقتصادى المنخفض بدرجة أكبر منها بين الأشخاص الجيدى التعليم ذوى المستوى الاجتماعى والاقتصادى المرتفع .

كما تشيع الاضطرابات الهستيرية أيضا بين الأشخاص غير الناضجين الذين ثبت نموهم الانفعالى وإمكاناتهم على التفاعلات البينية عند المستويات الطفلية .

الهستيريا التفكيرية : تتميز الاضطرابات التفكيرية بفصل أنشطة المريض عن وعيه الشعورى بها . وتشمل هذه الاضطرابات فقدان الذاكرة الهستيرى وفقدان الذات وحالات تفكك الشخصية والهوجاج والذهول الهستيرى وحالات التهويم . والاضطرابات التفكيرية أقل شيوعا من الاضطرابات التحولية .

وفي حالة فقدان الذاكرة الهستيرية يفقد المريض ذاكرته فيما يتعلق بمن هو وبحياته السابقة الى وقت فحصه ولكن قد يمتد فقدان الذاكرة احيانا لبضعة ساعات او ايام سابقة على بدء النوبة . والمريض بعد انتهاء النوبة تعاوده ذاكرته فيما عدا تذكره لاحداث فترة معينة وقد تكون عدة ايام او اسابيع او اشهر . وتميز نوبة فقدان الذاكرة الهستيري بانها تبدأ وتنتهى فجأة ، وغالبا ما يوجد ضغوط انفعالية واضحة في حياة المريض تسبق النوبة مباشرة ، وعادة ما يتقبل المريض فقدان ذاكرته بهدوء ويبدو أنه لا ينزعج كثيرا بسببها . ولا يعاني من الحيرة التى تنتاب المريض الذى يعاني من فقدان الذاكرة العضوى عندما يبحث بقلق عن دليل يساعده على استعادة ذاكرته .

وفقدان الذات ، حالة تنشأ عن عمليات تفككية حيث اضطراب الشعور بالذات واحساس المريض بأنه قد تغير أو أصبح كأنه شخص مختلف عما يعهده في نفسه . ويكون هذا مجرد احساس ، يدرك المريض انه حالة مرضية يعاني منها . وتعدد الشخصية ، نمط نادر جدا من الاضطرابات التفككية . وفي هذه الحالة ينتاب المريض حالتان منفصلتان من الشخصية ، فالشخصية الاولى هى الشخصية اليومية ، والشخصية الثانية شخصية مختلفة حيث يختلف سلوكه عن حالته العادية وعندما تنتاب المريض اى من الشخصيتين يفقد عادة ذاكرته للشخصية الأخرى تماما .

والهوجاج ، اضطراب تفككى يرحل فيه المريض مسافة طويلة مع فقدان ذاكرته وعدم التعرف على ذاته ، ثم يستعيد المريض ذاكرته الا من احداث الفترة التى قام اثناءها برحلته وغالبا ما يسبق الهوجاج ضغوط انفعالية شديدة . وقد يبدو ان الهوجاج ابتعاد لا شعورى عن أزمة مؤلمة في التفاعلات البيئية في حياة المريض .

وفي الذهول الهستيرى ينتاب المريض شعور ملبد وينهزل عن الناس وقد يجلس أو ينام هادئا دون وعى واضح بأحداث بيئته . وأحيانا يئناب المريض التثاقل أو النوم العميق . وقد ينتاب المريض رفرقة الجفن أو حركات وأوضاع للطرفين والجسم شاذة من وقت لآخر . وقد يستمر هذا الدهول من بضعة دقائق الى عدة اسابيع .

وفي الحالات التفكيرية التى تصرف بحالات التهويم أو الحالات الحاملة أو الهذيان الهستيرى ينتاب المريض تبدل فى الشعور وهلاوس . وفي هذا النمط من الاضطراب التفكيرى قد يبدو أن المريض يعيش الأحداث المشحونة انفعاليا فى حياته مرة أخرى ، أو قد يقوم بأفعال يرغب فيها لا شعوريا فيتحدث فى هذيان مع الأشخاص الذين يتخيلهم والذين يراهم ويسمعهم ، وقد يقوم بأفعال جسيمة . ومجموعة أعراض جانزور صورة من الاضطراب التفكيرى حيث تكون استجابات المريض لما يوجه اليه من أسئلة عديمة المعنى وغير دقيقة ، ولكنها مع هذا تدل على أن المريض قد أدرك الى حد ما طبيعة السؤال . وقد يقوم المريض بأفعال غريبة كأن يحاول الأكل عن طريق وضع اللعقة فى أذنه ، وتنتاب مجموعة أعراض جانزور الأشخاص الذين يقدم لهم الاضطراب النفسى وسيلة للهروب من مسئولية أفعالهم حيث تنتاب السجاء الذين ينتظرون المحاكمة . ويعتبر معظم الأطباء مجموعة الأعراض هذه نوعا من الهستيريا التفكيرية ، لا نوعا من التماوض . فالمريض الذى تنتابه له تاريخ من مشاكل الشخصية وعدم الثبات الانفعالى .

ويجب تمييز الاضطرابات التفكيرية بدقة عن الأنماط الأخرى من الاضطرابات النفسية . فالذهول الهستيرى وخالات التهويم ، وحالات فقدان الذات وغيرها من الحالات التفكيرية يجب تمييزها عن الأعراض

الفصامية المبكرة والتي تبدو مشابهة من الملاحظة السطحية . واضطرابات التسمم والعدوى والتدهور واصابة المخ الحادة ، قد تؤدي الى فقدان الذاكرة الذى قد يظهر فى الهستيريا التفكيرية . وقد لجأ بعض الأطباء الى استخدام المقابلة بعد حقنة فى الوريد من الاميثال او البنتوثال لتمييز الاعراض التفكيرية عن اضطرابات المخ العضوية . فقد يستعيد المريض الذى يعانى من فقدان الذاكرة الهستيرى ذكرياته بعد اعطائه حقنة من الباربيتورات على حين لا يستعيد المريض ذكرياته اذا كان فقدان الذاكرة نتيجة لمرض عضوى فى المخ . ولكن هذه الطريقة لا تؤدي الى نتائج دقيقة . حيث ان المريض الذى يعانى من فقدان الذاكرة الهستيرى قد لا يعطى معلومات صادقة تحت تأثير الباربيتورات ، وان المريض الذى يعانى من اضطراب عضوى فى المخ قد يقول قصصا ملفقة يصعب تمييزها عن الاحداث الحقيقية . كما ان استخدام الباربيتورات مع حالة فصام بنية ، قد يؤدي الى حالة شديدة من الذهان . وعلى ذلك يجب التمييز بين اعراض الهستيريا التفكيرية والاضطرابات الفصامية المبكرة وكذلك الاعراض المخية العضوية الحادة على اساس من الدراسة الشاملة لحالة المريض الانفعالية والعصبية والدراسة الدقيقة لتاريخ حياته وتكوين شخصيته .

مسار المرض : لا تشيع الاضطرابات التحولية والتفككية بين الاطفال تحت سن الثانية عشرة . وعندما تنتاب هذه الاضطرابات الاطفال فى مرحلة ما قبل المراهقة ، يكون مسار المرض جيدا . فعادة ما يستمر العرض لبضعة ايام او اسابيع فقط ، ويختفى حتى بدون اى علاج محدد .

ويتوقف مسار الاضطرابات التحولية والتفككية ، التى تبدأ فى مرحلة المراهقة او فى مرحلة البلوغ على :

- ١ - تكوين شخصية المريض .
- ٢ - الضغوط في تفاعلاته البيئية .
- ٣ - طبيعة المكاسب الثانوية التي يحصل عليها المريض من اعراضه .
- ٤ - سرعة العلاج وكفاءته ومداه .

هذا بالإضافة الى ان بعض الأعراض تكون أكثر استمرارا من غيرها . ويعتبر تكوين شخصية المريض أهم عامل في تحديد مسار المرض . فعندما يترسب اضطراب المريض الهستيري بمحنة شديدة ويكون تكوين شخصيته سويا ، فان مسار المرض يكون جيدا ويمكن ان يشفى المريض من الاضطراب بعد زوال المحنة . واذا تميز تكوين شخصية المريض بعدم التضج الانفعالي وامكانيات ضعيفة للتفاعلات البيئية ، مع ترسيب الاضطراب بمحنة بسيطة نسبيا ، فان الاضطراب التحولي قد يستمر دون توقف لسنوات ، أو أن اضطرابا كفتقدان الذاكرة الهستيري قد يعاوده في فترات تتراوح بين عدة ايام الى عدة اشهر لفترة طويلة من الزمن .

وتؤثر المحن التي يتعرض لها المريض في حياته ايضا على مسار الاضطراب . فالمريض الذي يتسم بعلاقات بينية صحية يكون مسار مرضه أفضل من المريض الذي يتسم بصراعات في علاقاته . وطبيعة المكسب الثانوي الذي يعود على المريض من اعراضه ذات أهمية كذلك في مسار المرض . فاذا كان هذا المكسب بسيطا كان مسار المرض أفضل منه عما اذا كان المكسب كبيرا . ويتحتمن مسار المرض مع العلاج السريع ، فاذا استمر الاضطراب طويلا دون علاج فان تحسن المريض يصبح أكثر صعوبة وخاصة اذا ادى هذا الى مكاسب ثانوية للمريض .

ويتميز بعض انماط الاضطرابات الهستيرية بمسار افضل من البعض الآخر . فالمرضى الذى يعانى من عرض تحولى حديث النشأة كشلل اليد أو فقدان الصوت ، يكون احسن حالا من المريض الذى يعانى من اعراض تحولية متعددة تنشأ خلسة . واضطراب تفككى كفقدان الذاكرة أو الهوجاج والذى يحدث عندما يكون المريض فى محنة يتميز بمسار افضل من الذهول الهستيرى والهذيان اللذين يتكرر حدوثهما فى فترات على مدى طويل من الزمن . ومجموعة اعراض جانزر تتميز بمسار جيد على الرغم من انها قد تستمر لعدة اسابيع أو لعدة اشهر .

العلاج : يقوم علاج الهستيريا التحولية اساسا على العلاج النفسى وقبل البدء به يجب ان يفحص المريض فحصا جسميا شاملا ، واذا لم يوجد أى دليل على المرض الجسمى فيجب الا يخضع المريض لمزيد من الفحص حتى ولو ظهرت اعراض جديدة ، فاستمرار الفحص والاقامة طويلا فى المستشفى قد يؤدى الى ظهور اعراض جديدة كما تؤدى الى تثبيت الاعراض القديمة .

ويجب ان يتذكر الطبيب انه يتعامل مع مشكلتين منفصلتين على الرغم من ارتباطهما ، احدهما ازالة العرض والاخرى مساعدة المريض على فهم قلقه ودلالته . وعندما يوجد العرض التحولى كعجز يعوق المريض عن مواصلة انشطته الاجتماعية والمهنية ، يجب الاسراع فى ازالته قبل ان تزيد المكاسب الثانوية من صعوبة ازالة العرض . ومع سرعة ازالة العرض يجب ان يدرك الطبيب ان هذا سوف يؤدى اما الى قلق واضح أو عرض بديل . والايحاء والتنويم المغناطيسى والايحاء التخديرى، وسائل علاجية مفضلة لازالة الاعراض سريعا . وقد يستخدم الايحاء الذاتى لمزيد من الاسترخاء فى العضلات المتوترة ، كما تستخدم التمرينات (م ١٦ - الطب النفسى)

الرياضية ، و أحيانا ينصح بعلاج فسيولوجى بسيط كالتدليك ، ولكن على الطبيب أن يؤكد للمريض أنه لا يوجد هناك اضطراب عضوى فى المنطقة المصابة ، وأن العلاج الطبيعى ليس الا وسيلة لاسترخاء اجزاء الجسم التى لا تعمل جيدا بسبب المحنة الانفعالية . ثم يتبع ازالة الاعراض الهستيرية او التقليل من شدتها العلاج النفسى للمشاكل الانفعالية التى تكمن وراء الاضطراب .

وفى حالة الهستيريا التفككية فان العلاج يقوم على الحاق المريض بالمستشفى أثناء النوبة . وعادة ما يشفى المريض من النوبة فى فترة تتراوح ما بين يوم او يومين الى اسبوع او اسبوعين . ثم يبدأ العلاج النفسى بعد انتهاء النوبة .

الاكتئاب العصائى

الاكتئاب العصائى اضطراب نفسى يشعر فيه الشخص بالقلق وانحزن والتشاؤم وغالبا ما يشعر بالذنب او العار كما يقلل الشخص من ذاته .

الاسباب : المريض الذى يعانى من الاكتئاب غالبا ما يعانى من كثير من الكراهية المكبوتة بسبب الرفض الانفعالى الذى يكون قد تعرض لغير طفولته وبلوغه . وهذه الكراهية المكبوتة تتجه الى المريض ذاته لانه لا يستطيع أن يعبر عنها تعبيرا خارجيا ملائما ، وعندما توجه الكراهية داخليا الى ذات المريض فانه يشعر بعدم الاهمية والكفاءة وقد تصل الكراهية الوجهة داخليا الى درجة تحطيم الذات بالانتحار . وعندما تهدد الكراهية المكبوتة بالظهور فانها تنفر المريض بالاحساس بالذنب والقلق وهنا عرضان للاكتئاب العصائى .

وينشأ الاكتئاب عندما يفقد الشخص شيئا ذا قيمة له ، كشخص عزيز عليه أو ممتلكاته أو عمله أو مكانة اجتماعية ، الأمر الذى يشترط لديه قلقا شديدا يخفيه بما ينتابه من اكتئاب . وقد تثير الأحداث السارة الاكتئاب ، كزواج الابن أو البنت حيث يرى المريض أن فى هذا الزواج نهاية لعلاقته بابنه أو بنته . كما أن الترقية الى منصب جديد قد تثير أيضا الاكتئاب حيث المسؤوليات الجديدة التى قد تثير عدم الاحساس بالأمن والقلق وبالتالي الاكتئاب . كما أن التغير البيوكيميائى فى الجسم قد يكون عاملا يثير الاكتئاب ، فهناك حالات تستجيب جيدا للمعاقير المضادة للاكتئاب ، كما قد يحدث لها نكسات فجائية عندما تقلل الجرعات أو توقفها .

الصورة الاكتئابية : يتميز الاكتئاب المصابى بهبوط الانفعالات الأمر الذى قد يصفه المريض بالشعور بالحزن أو بهبوط المعنويات ، وأحيانا لا يستطيع المريض أن يعبر بوضوح عما يشعر به . ويستطيع المريض أحيانا أن يربط اكتابه بحادثة فى علاقاته البينية ، وأحيانا أخرى لا يستطيع تحديد العوامل التى أدت الى اكتابه . وقد يحدث الاكتئاب المصابى فى أى سن من المراهقة الى السن المتقدمة .

وفى حالة الاكتئاب يجد المريض أن أنشطته العادية قد فقدت كثيرا من معناها له ، ويتناقل فى عمله ، ويبدو كل شيء مظلمًا وينظر الى الحياة بمنظار اسود ، وقد يفقد المريض شهيته ولكنه لا يفقد من وزنه الا القليل ، كما تقل رغبته الجنسية ولكن لا تنتابه الغنة . ويشكو المريض من التعب ويضطرب نومه . وقد يشكو من اضطراب جسمى فامض ، وقد يشعر بالرغبة فى الصراخ أحيانا ، وأحيانا ينتابه البكاء . ويشعر المريض بعدم الأهمية والكفاءة كما يشعر بالذنب . ويشعر بأنه

لم يحصل على ما يجب أن يكون عليه في الحياة ، ويضخم من فشله ويتفاخر عن نجاحه ، ويقل من مواهبه ويغالي في عيوبه وأوجه ضعفه . ويردد أخطائه الأخلاقية التي ارتكبها في الماضي ويشعر نحوها بالذنب الشديد . والمريض الذي يعاني من الاكتئاب العصبي ، غالبا ما يعاني من أمراض عصبية أخرى بالإضافة الى عملية الاكتئاب الرئيسية . فيشيع القلق المزمن ، فغالبا ما يكون المريض غير مستقر أو متوترا . وأحيانا يعاني المريض من مخاوف بسيطة وخاصة من الأماكن المزدحمة والعامه . وقد ينتاب مريض الاكتئاب أمراض تحويلية كالأم البطن والضمف العضلي . وتقل الأفكار الانتحارية في حالات الاكتئاب العصبي منها في حالات الاكتئاب الذهاني .

مسار الاكتئاب العصبي : يستمر عادة الاكتئاب العصبي الذي لم يعالج من عدة أشهر الى سنة ونصف ثم يشفى تلقائيا . وبعض الحالات قد تستمر سنتين أو ثلاث سنوات . وينتاب معظم الحالات تذبذب في مسارها ، وتنتهي بالتحسن التدريجي على مدى عدة أسابيع أو أشهر . ويواصل المريض عادة عمله أو واجباته المنزلية أثناء الاكتئاب ، ولكن المرض يوق قدرته . ويقلل العلاج من مدة المرض في معظم الحالات .

العلاج : يستخدم كثير من الأطباء في علاج الاكتئاب العصبي العلاج النفسي والعلاج بالعقاقير المضادة للاكتئاب معا . ففي العلاج النفسي يحاول المريض أن يكشف المحنة التي أثارت اكتابه وأن يحلل العلاقات البينية غير الصحية في حياته . ويجب أن يقوم الطبيب بدور فعال في العلاج . لأن تشاؤم المريض وقلة طاقته يعوقانه عن الحديث بطلاقة عن مشكلاته . وبالإضافة فان بعض مرضي الاكتئاب يعتبرون أنفسهم غير جديرين

بالعلاج ويشعرون بان على المعالج ان يفضى هذا الوقت مع اشخاص آخرين جديرين به . ويجد كثير من مرضي الاكتئاب صعوبة في الحديث عن الاحداث المؤلمة انفعاليا في حياتهم . واحساساتهم بالذنب تزداد مؤثقا بمنافستهم في احساساتهم بالكراهية نحو الاشخاص الراضين لهم في الماضي والحاضر . ويخشى بعض المرضى من ان يكتشف الطبيب امرهم فيرفضهم كما رفضهم الآخرون . وبسبب هذه المشاكل على الطبيب ان يسال الاسئلة ويقدم التعليقات والتفسيرات بطريقة اكثر ايجابية عما يحدث في العلاج النفسى للاضطرابات العصابية الأخرى اذا كان للعلاج ان يستمر ويصل الى نهاية ايجابية .

وتفيد العقاقير المضادة للاكتئاب في حالات بعض المرضى . ومن هذه العقاقير مجموعة مركبات ترايسيكلك الأكثر فاعلية والأقل مضاعفات ومنها الابلافيل والتوفرانيل ، والايفنتيل ، وغيرها . والمجموعة الثانية مجموعة مونوامين او كسيديز الكافة ومنها ، الماريلان ، وفينيلزين والنارديل ، والنياميد وغيرها . ولقد بينت الخبرة الاكلينيكية انه اذا وجدت الخصائص التالية في الاكتئاب العصابى فان احتمال تحسن المريض يتزايد :

١ - ان تكون نشأة الاكتئاب محددة زمنيا ، والا يكون المريض قد عانى من الاضطراب الانفعالى لسنوات عديدة قبل هذا التاريخ .

٢ - وان يعاني المريض من الاحساس بعدم الاهمية والذنب وان يشابه هذا الاحساس معظم الاحيان على الرغم من انه قد يتذبذب في شدته .

٣ - ان تزداد شدة الاعراض غالبا في النهار حيث تسوء صباحا ويشعر المريض بتحسن ما بعد الظهر وفي المساء .

- ٤ - ان يكشف تاريخ حياة المريض قبل نشأة الاكتئاب عن اضطراب قليل الدلالة ، باستثناء نوبة او نوبتين من الاكتئاب يكون المريض قد شفى منها تماما فى حينها . كما لا يكون قد عانى من اضطرابات عصابية كالمخاوف والوسواس والأعراض التحولية .
- ٥ - ان يفقد المريض من وزنه اكثر من اثنين من الكيلوجرامات .
- فقدان الوزن الذى يتعرض له مريض الاكتئاب غالبا ما يدل على فقدان الشهية وفقدان الاهتمام بالأنشطة الحياتية عامة .

والمريض الذى تشمل صورته الاكلينيكية هذه الخصائص الخمسة يستجيب جيدا للعقاقير المضادة للاكتئاب . واذا لم توجد خاصية او اكثر من هذه الخصائص الخمسة ، فان استجابة المريض للعقاقير تقل .

واذا وجد اى من الخصائص التالية فى الصورة الاكلينيكية للمريض فانه لايعتدل ان يستجيب جيدا للعقاقير :

- ١ - ان يتميز اكتئاب المريض بالتذبذب الواضح ، فقد يشعر المريض بالتحسن النسبى يوما ويشتد الاكتئاب فى اليوم التالى .
- ٢ - ان يكون للمريض تاريخ طويل من الاعراض العصابية كالقلق والمخاوف ، وقد يصعب تحديد زمن نشأة اضطرابه الانفعالى الحالى .
- ٣ - لا يشعر المريض بالذنب او عدم الاهمية ، ويشعر بان الآخرين لم يحسنوا معاملته ويلومهم على اكتسابه واضطرابه .

واذا اشتملت الصورة الاكلينيكية للمريض على خاصية او اكثر فان احتمال تحسنه يقل كثيرا .

ومن ابعاد العلاج الاخرى ان يواصل المريض عمله او واجباته .

فالراحة في المنزل او الاجازة لاتساعد عادة ، فغالبا ما تعوق تحسنه لان شعوره بالذنب وعدم الاهمية قد يزداد ، لانه لايقوم بعمله ومسئوليته .

يجب الا يتخذ المريض قرارات حياتية خطيرة اثناء فترة الاكتئاب فلا يجب ان يغير وظيفته او يتخذ قرارات مالية خطيرة . فتشاور المريض وشعوره بعدم الاهمية لاسمحان بممارسة احكام صحيحة . وينصح بعض اطباء بالحاق المريض لفترة قصيرة بالمستشفى قد تبعد المريض مؤقتا عن المحنة المؤلمة في البيت حتى يصبح اكثر قدرة على تناولها . و احيانا ينصح بالحاق المريض بالمستشفى عندما يبدو على المريض احتمال الاقدام على الانتحار . وعلى اية حال ، فان الغالبية من المرضى لا يحتاجون الالتحاق بالمستشفى ، ويحسن معالجتهم كمرضى خارجين . ولا ينصح بعلاج الصدمات الكهربائية لمرضى الاكتئاب العصبي .

النيورستينيا

يشعر المريض في هذا الاضطراب بالتعب والاجهاد الجسمي والنفسي ، ويلذهب بعض الاطباء الى عدم الاخذ بان النيورستينيا اضطراب قائم بذاته . ولكن التقسيم العالى للاضطرابات النفسية يعتبر النيورستينيا احد الاضطرابات النفسية ، غير ان الاعراض التى تميز هذا الاضطراب قد تظهر مع بعض الامراض الجسمية او الاضطرابات النفسية الاخرى كالاكتئاب او الفصام .

الاسباب : يقوم الاستعداد الوراثى بدور فى الاصابة بهذا الاضطراب حيث تظهر الاعراض فى سن مبكرة جدا . كما يكون لدى

بعض الافراد ذوى النمط الجسمى التحيل حيث الصدر الطويل الضيق والرقبة والاطراف الطويلة والمضلات التحيلة ، استعداد للاصابة بهذا الاضطراب . ولقد اثير امر التسمم الداخلى كسبب من اسباب النيورستينيا ، الا انه لم يثبت ان التسمم الداخلى من اى نوع لعدوره . ومن العوامل المسببة لهذا العصاب زيادة المسئوليات وظروف العمل الشاقة والاحباط . كما انه قد يعقب بعض الامراض الجسمية او النفسية .

الصورة الاكلينيكية : هناك عديد من امراض النيورستينيا ، اكثرها شيوعا الشعور بالضعف والتعب والالام فى اى جزء من الجسم واحساسات جسمية غريبة . وينتاب المريض غالبا الارق والاستشارة وفقدان الوزن ، وقد يشكو المريض من الصداع واضطرابات الجهاز الهضمى وانتفاخ البطن والامساك .

وقد تتضمن الصورة الاكلينيكية زيادة سرعة دقات القلب، والدوار والعرق واصفرار الجلد وبرودة الاطراف وزيادة الحساسية .

وقد يتاثر توتر العضلات مع ارتعاش فى جفون العينين واللسان واليدين . وقد يصاب المريض نقص فى الانتباه والتركيز ، كما لا يستطيع المريض ان يواصل المجهود العقلى او الجسمى . وتتميز الحالة الزوجية بعدم الثبات وتصبح الحياة فى نظر المريض سلسلة من الكوارث .

العلاج : يجب ان يتضمن العلاج كلا من الجانبين النفسى والجسمى حيث نواجه مريضا يشكو من الوهن الجسمى والنفسى .

ويتضمن علاج الجانب الجسمى العلاج الطبى العام والتمارين الرياضية المتدرجة ، والالعاب والعمل اليدوى لزيادة التحمل الجسمى

للمريض ، ولتقديم موضوعات تشغله بعيدا عن التفكير في صراعاته .
وقد يلزم إلحاق المريض بالمستشفى لتقديم برنامج العلاج المناسب .
والوسيلة المفضلة لعلاج الجانب النفسي ، هي العلاج النفسى الذى يقوم
على مناقشة صراعات المريض ومشاكله وتوضيح العلاقة بين الموامل
الانفعالية والاعراض الجسمية .

عصاب توهم المرض

يتميز عصاب توهم المرض بانسفال المريض الزائد واهتمامه
انشديد بصحته الجسمية والنفسية مع الشكوى من أعراض جسمية
لايوجد لها أى سبب جسمى واضح ، وأحيانا يعانى المريض من بعض
الاضطراب الجسمى البسيط المحدد ، ولكن الوهم يجعله يحس بأعراض
أكثر من حقيقة مرضه . ويفرط فى مناقشة أعراضه وأساليب تشخيصه
وعلاجه ، وقد يعالج نفسه بكثير من العقاقير والمركبات غير الموسوفة
له ، وغالبا ما يستشير الأطباء والمعالجين من غير الأطباء على اختلاف
أنواعهم . والأعراض التى قد يشكو منها المريض قد تشمل كل أجهزة
الجسم ، ولكن تشيع الشكوى من الصداع والتعب والارق واضطرابات
الجهاز الهضمى وآلام الظهر والصدر ، وعدم الارتياح غير المحدد فى
منطقة الأعضاء التناسلية وآلام الجزء السفلى من البطن وآلام الحوض .

ويميل مسار المرض لأن يكون مزمنًا فكثير من المرضى يشكك فى
أن الأعراض التى يشكون منها ترجع الى أسباب انفعالية ويرفضون
بذلك العلاج الطبى النفسى . ويرى بعض علماء التحليل النفسى أن المريض
يخفى دوافعه وصراعاته فى أعضاء جسمه المختلفة حيث يصبح مشغولا
بها ، بينما يرى البعض الآخر أن المريض قد تكس الى أو ثبت على ،
مستوى انفعالى طبقى ، يهتم فيه المريض بجسمه ، وأن العالم الخارجى

لم يتضح له بعد . ويرى بعض الاطباء ان العملية الرئيسية في عصاب توهم المرض ترجع الى الانتقال من الحالة الانفعالية الناشئة عن العلاقات البيئية المضطربة في الماضي والحاضر الى الانسفال الشديد بوظائف الجسم وامراضه . ونتيجة لهذا الاضطراب يقيم المريض كل علاقاته مع الآخرين على اساس المناقشات المتواصلة لاعراضه الجسمية وامراضه المحتملة واستشاراته الطبية وما يأخذه من علاج . وتقل اهتماماته بمجالات الحياة الاخرى حيث ان انسفاله بوظائف جسمه وامراضه تجذب انتباهه .

العلاج : يعالج توهم المرض بالاسلوب الذى يعالج به اضطراب انيورستينيا . ولكن على المعالج ان يكون على وعى بتحديد ما اذا كان يصدد اضطراب عصائى او ان افكار توهم المرض قد اتخذت حالة الهذاء واصبحت بذلك دليلا على الفصام او الاكتئاب الذهاني . كما ان كثيرا من الاضطرابات النفسية تتضمن توهم المرض كجزء من الصورة الاكلينيكية .

عصاب انعدام الذاتية

اضطراب عصائى يضطرب فيه الادراك فيشعر المريض بانعدامه او بان تغيرا قد انتابه ، فيبدو للمريض ان انفعالاته وافكاره وافعاله غريبة وغير واقعية . كما يشعر المريض ايضا بان بيئته اصبحت غريبة وغير واقعية .

وانعدام الذاتية قد يظهر كخاصية في عديد من الاضطرابات النفسية كالإكتئاب وعصاب الوسواس والقلق والفصام .

اضطرابات الشخصية

تتميز هذه الاضطرابات بانحراف في تكوين الشخصية بالقدر الذي يحد من امكانيات الشخص على الحياة الاجتماعية المتوافقة . حيث لا يكون لدى الشخص القدرة المناسبة على تكوين علاقات مع الآخرين ، فلا يمكنه ان يتوافق مع شريك حياته ولا مع زملائه في موقع عمله ، ويكون في حالة استثارة وغضب دائما كما لا يأخذ نفسه بالحدود والضوابط التي يتطلبها المجتمع ، ولا يمكنه ان يكون في حالة من الاكتفاء الاقتصادي . وسنتناول هذه الاضطرابات فيما يلي :

الشخصية البارانويد

يتميز الشخص الذي يعاني من اضطراب الشخصية البارانويد ، بالتشكك فيمن حوله ويعتقد انهم يكونون له الكراهية والحقد . وقد يتشكك المريض في كل فرد او قد يتشكك في عدد قليل او في جماعة معينة من الاشخاص . ويتسم كثير من الاشخاص بالبرود والابتعاد عن الآخرين والنكد والانزالية ، وكثرة ترديد ما قد يحدثه الآخرون من اذى بسيط لهم ، كما يتسم هؤلاء الاشخاص بالاستشارة التي قد تظهر فجأة في نوبات من الغضب والتشكك وتتميز حياتهم الاسرية بالمشاكل . ولا يستطيع الشخص البارانويد ان يقيم علاقات وثيقة مستديمة . واضطراب الشخصية البارانويد يختلف في شدته ، فقد يحدث الاضطراب بدرجة بسيطة حيث يكون له تأثير بسيط نسبيا في علاقات الفرد مع الآخرين . وقد يكون الاضطراب بدرجة متوسطة مما قد يلائم مجال النجاح المهني ولكنه يسبب عادة كثيرا من المشاكل في علاقات الفرد ويعوق توافقه في كثير من المجالات الاجتماعية . وفي الحالات الشديدة الدرجة يسود التشكك تفكير الشخص ، حيث يشمل هذا التشكك كل

من حوله . وفي الحالات الأكثر شدة ، لم يعد الافراد الذين يعانون من اضطراب البارانويد يصنفون على أنهم يعانون من اضطراب الشخصية البارانويد . ولكن يصنفون على أنهم يعانون من اضطراب البارانويا أو حالات البارانويد أو فصام البارانويد ، تبعاً لشدة الحالة وغرابة هذات البارانويد . ويذهب البعض الى القول بأن الاضطراب يحدث عندما يشعر الفرد بعدم كفاءته وأهميته ويلقى اللوم على الآخرين . ويرى أن المشكلة ليست في كونه عديم الكفاءة وعديم الاهمية ، ولكن الآخرين الحقودين هم الذين يجعلون منه كذلك . وبهذا يحرز الفرد احساساً باحترام الذات والاهمية بنشأة أفكار البارانويد . ويهدم سلوك البارانويد هذا ، امكانية الفرد على أن يتدمج في علاقات وثيقة ، وهذه الانعزالية والابتعاد عن الآخرين تزيد من سوء تفسير المريض لسلوك من حوله .

وتبدأ احساسات الشخص البارانويد بعدم الكفاءة منذ الطفولة المبكرة ، وتزداد شدتها أثناء الطفولة المتأخرة والمراهقة حيث يتعرض الفرد للرفض والكرهية من والديه ومن الآخرين . وعلى ذلك ينشأ لديه الاعتقاد بأنه عديم الاهمية وأن العالم من حوله يحقد عليه ويكن له الكراهية ، الامر الذي يؤدي به الى التشكك في الآخرين ، فلا يستطيع تكوين علاقات وثيقة معهم . ونتيجة لهذا أيضاً فإن الاشخاص الذين يعانون من اضطراب الشخصية البارانويد يرفضون العلاج النفسي في معظم الحالات ولا يستفيدون منه الا قليلاً . فقد تزيد هذه الوسائل من العلاج من استشارة المريض وتشككه .

وقد يتعاقب الشخص الذي يعاني من اضطراب الشخصية

البارانويد بدرجة بسيطة لفترة طويلة ، اضطراب أكثر شدة من اضطرابات البارانويد . وقد يحدث ذهان البارانويد خلسة ، الامر الذي يصعب معه أن تقرر متى انتقل المريض من الحالة البسيطة من اضطراب الشخصية البارانويد الى الحالة الشديدة من ذهان البارانويد . وفي حالات أخرى ، فإن كوارث الحياة او الضغوط في العلاقات مع الآخرين قد تؤدي فجأة الى حالة شديدة من ذهان البارانويد كما أن حالات من ذهان البارانويد قد تنتاب الأشخاص الذين يصابون من اضطراب الشخصية البارانويد في سنوات عمرهم المبكرة ، عندما يلقون متوسط العمر او العمر المتقدم ، وذلك بسبب مشاكل التكيف لكثير من الضغوط الانفعالية والعلاقات الجديدة في هاتين المرحلتين من العمر .

الشخصية الدورية

ينتاب الشخصية الدورية فترات من الابتهاج يتبعها فترات من الاكتئاب البسيط ، ويحدث تغير الحالة الانفعالية هذه مرة كل عدة اسابيع او مرة كل عدة أشهر او عدة سنوات . ويشعر الشخص اثناء فترة الابتهاج بالحيوية والثقة بالنفس والمرح . فيقوم بوضع الخطط وتنفيذ المشروعات وتكون علاقته بالآخرين طيبة . بينما يشعر الشخص اثناء فترة الاكتئاب بالتعب والحزن وعدم الثقة بالنفس ويقل نشاطه كما يكون في عزلة اجتماعية الى حد ما .

وعلى أية حال ففي حالة اضطراب الشخصية الدورية لا يكون طور الابتهاج من الوضوح بحيث يمكن اعتباره حالة من الهوس ، كما يكون الشخص اجتماعيا ولديه امكانيات اعطاء المحبة للآخرين وتقبلها منهم ، ويمكن ان يعبر عن معظم احساساته بصراحة وباريحية . وترجع أسباب اضطراب الشخصية الدورية الى الإصابة الانفعالية اثناء سنوات التنشئة

والتي تترك الشخص في شك من كفاءته واحترام ذاته وقيمه كشخص . فالرفض الانفعالي وتقليل الاهمية والكراهية من الآخرين في سنوات نموه الاولى تترك الشخص في حالة من الاكتئاب يخفيها بحالة من الابتهاج . فيسمى للاتصال بالآخرين ليؤكد لنفسه دائما بأن تقبلهم وحبه له ، يجعله يظهر بمظهر الشخص المحترم المحبوب ، كما يستخدم التحصيل كمسار آخر يدعم به احترام ذاته .

والشخص الذي يعانى من اضطراب الشخصية الدورية لا يكون لديه غالبا الدافع للعلاج حيث ان تذبذب الحالة الانفعالية لا يصل الى درجة يتسبب معها صعوبات في العلاقات مع الآخرين ، كما لا يجد هناك حاجة للعلاج اثناء فترة الابتهاج ، وان حالة الاكتئاب ليست من الالم بحيث تدفعه الى طلب العلاج . وعلى أية حال فان الشخص الذى يعانى من هذا الاضطراب ، اذا سعى للعلاج فانه يستفيد منه احيانا . ومن الملاحظ ان مرضي الهوس أو الاكتئاب الذهاني أو الاكتئاب العصائى يكون لهم احيانا تاريخ من الشخصية الدورية . وان نسبة ضئيلة جدا من الشخصيات الدورية ينتابها هوس أو اكتئاب ذهاني أو اكتئاب عصائى .

الشخصية الفصامية

تسم الشخصية الفصامية بالانمزالية والخجل والخوف من العلاقات الوثيقة مع الآخرين ، وعدم القدرة على الاندماج في انشطة مع الآخرين ، والتعبير عن الشعور بالسيطرة والكراهية . وتصارع الشخصية الفصامية الشعور بعدم الكفاءة والشعور بالنقص حيث تحاول أن تقلل من حدته بأحلام اليقظة . وحيث أن الشخص يجد العلاقات مع الآخرين غير مريحة فانه غالبا ما ينسحب الى عالم من الخيال ، وقد

يقضى وقتا طويلا في اعمال عقلية بمفرده او اعمال ميكانيكية او واجبات منزلية . وعادة ما يكون الشخص حساسا لما يشعر به الآخرون نحوه .

وتنشأ الانعزالية التي يتسم بها الشخص الفصامي عن خبرات الطفولة والمراهقة المبكرة التي تجعله يخشى العلاقات الوثيقة مع الآخرين . فالتبلد والنقد الذي يصدر عن الوالدين الرافضين الكارهين له اثناء سنوات التنشئة يجعلانه يتوقع نفس المعاملة من الآخرين . وتنضج الشخصية الفصامية غالبا في الطفولة ، ولكنها تصبح اكثر وضوحا اثناء المراهقة وبداية فترة الشباب ، عندما تكون هناك مجالات اوسع للعلاقات مع الآخرين ، حيث تصبح الانعزالية اكثر وضوحا .

وبلاحظ ان هناك بعض الشخصيات الفصامية التي تخفى خجلها بواجهة من الثرثرة او النشاط وقد تكون ناجحة مهنيا ، ولكنها غالبا ما تسمى الى ظروف الحياة التي تتطلب قليلا من العلاقات مع الآخرين . ويمكن لشخصيات فصامية ان تقيم علاقات طيبة في مجال الاسرة الصغيرة ، ولكنها خارج هذه الاسر تتسم بالخجل والانعزالية . ويجب الا نخلط بين مفهومى الشخصية الفصامية والفصام . فالشخصية لها اتصال بالواقع ، ولكنها تجد صعوبة فقط في العلاقات الوثيقة مع الآخرين ، بينما الفصامى يفقد اتصاله بالواقع وتنتابه الهلوس والهداءات بالاضافة الى الانعزالية عن الآخرين . كما يلاحظ ان نسبة قليلة من الشخصيات الفصامية قد تتعرض للاضطرابات الذهانية القسامية .

وتختلف الشخصيات الفصامية كثيرا في دوافعها للعلاج وقدرتها على الاستفادة منه . ويجب الا يتم العلاج النفسى بطريقة عدوانية ، فقد يؤدي هذا الى قلق الشخص الشديد اذا دفع الى التعرف على (م ١٧ - الطب النفسى)

علاقاته المؤلة في حياته المبكرة التى أدت الى اضطرابه . ففى بعض الحالات عندما يتسم العلاج النفسى بالشدة أو عندما ينفذ المعالج الى تكوين شخصية المريض بأساليب كالتنويم المغناطيسى أو المقابلات التى يستخدم فيها الباربيتورات ، فانه قد يظهر على المريض حالة من الغصام . لهذا قد لا يكون من المفيد استخدام العلاج النفسى مع الشخصية الغصامية اذا اظهرت قلقا شديدا فى التعرف على تكوينها وخبرات حياتها .

الشخصية الاندفاعية

يتميز هذا الاضطراب بنوبات من الغضب الشديد ، يوجه فيه الشخص السباب الى الآخرين ، كما يستخدم أحيانا العدوان الجسمى . وبعد نوبة الغضب ينتابه الأسف ويطلب الصفح عما صدر منه . ولا يستطيع الشخص السيطرة على أفعاله أثناء نوبات الغضب هذه ، التى قد تحدث يوميا أو مرة كل عدة أسابيع . ويتذكر المريض بوضوح ما يصدر منه أثناء نوبة الغضب . ويكون توافقه عادة مع الآخرين بين هذه النوبات جيدا كما يكون اجتماعيا ومحبوا .

والشخصية الاندفاعية قد تعاني من كثير من الكراهية المكبوتة ، التى قد تختلط بالشعور بالذنب والقلق والتى تظهر فى السلوك الاندفاعى عندما يتعرض الشخص للضغوط والتوترات المختلفة .

الشخصية الوسواسية القهرية

يتسم الشخص فى هذا الاضطراب بالنظام الزائد وعدم التبدل وتبلد العلاقات مع الآخرين . ولا يستطيع الشخص تحمل عدم النظام والقدارة والأعمال غير المكتملة . وقد يستطيع القيام بكثير من الأعمال

في مثابة لضعف ولكن ينقصه المرونة في العمل . والشخص الذي يعاني من هذا الاضطراب بدرجة شديدة ، قد ينتابه الاكتئاب أو القلق اذا حرم من أعماله اليومية التي اعتاد عليها وما يكون قد وضعه من برنامج عمل ، ويجد صعوبة في المعطات ويميل لأن ينتابه الشعور بالذنب اذا لم يعمل . كما يتسم بالضمير الحي وقد يكون شديد التمسك بالاخلاق ويتبع حرفية القانون وينتابه الشعور بالذنب عندما لا يأخذ به .

والدرجة البسيطة من خصائص الوسواس القهري لازمة حتى لا يتخطى الفرد في عدم الانتظام ، ولكن الدرجة الشديدة من هذا الاضطراب تعوق الفرد عن التحصيل والعلاقات الطيبة مع الآخرين حيث التباعد والتبلىد الانفعالي في العلاقات .

وينشأ هذا الاضطراب عن الاسباب ذاتها التي تؤدي الى عصاب الوسواس القهري ، ولكنها تكون عادة اقل حدة . كما ان عصاب الوسواس القهري لا ينتاب معظم الاشخاص الذين يعانون من الشخصية القهرية ، ولكن نسبة قليلة منهم يتعرضون لهذا العصاب ، وخاصة عندما يتعرضون لضغوط شديدة في علاقاتهم .

وتختلف نتائج العلاج النفسي لحالات هذا الاضطراب ، فنادر ما يؤدي العلاج النفسي الى الشفاء الكامل ، ولكن غالباً ما يستطيع المريض ان ينمي علاقات طيبة مع الآخرين ، ويصبح اكثر مرونة في تناوله للامور . وتبدو صعوبة العلاج النفسي لهؤلاء الاشخاص في انهم يتناولون العلاج بنفس الآلية والبرود التي يتناولون بها الانشطة الاخرى ، فغالبا لا يندمجون بانفعالية في عملية حل مشاكل تفاعلاتهم مع الآخرين .

ويتضح هذا الحاجز للعلاج النفسى فى الحالات الشديدة ، ولكن الحالات البسيطة والمتوسطة فى شدتها يمكنها غالبا تناول انفعالاتها بعمق أكثر فى العلاج النفسى . كما يمكنها احراز التقدم فى مواجهة مشاكلها .

الشخصية الهستيرية

يتميز هذا الاضطراب بعدم النضج والتعمرز حول الذات والكبرياء واحيانا السلوك التمثيلى ، كما يتميز بالبحث عن جذب الانتباه وفى كثير من الحالات يتظاهر بالخجل مع الجنس الآخر ، ولكنه قد يظهر سلوكه الجنسى بطريقة استعراضية فاضحة . ومن امراض هذا الاضطراب ايضا التقلب الانفعالى حيث ينتقل الشخص من حالة المرح الى الحزن والياس أو الغضب ، ثم المرح مرة اخرى ، ويتم ذلك فى دقائق . وقد يكون التوافق الاجتماعى للشخص الهستيرى جيدا الى حد ما اثناء فترة المراهقة والسنوات الاولى من مرحلة العشرينات حيث تكون مسؤولياته قليلة نسبيا . وعندما يطالب بالمسئوليات كشريك حياة ، وكوالد ، والتي لا يكون لديه ما يلزمها من نضج ، فانه يبحث عن أحد يمكن أن يعتمد عليه ، وعن آخرين يتحملون المسئوليات التى لا يكون قد اعد لها . وإذا لم يجد هذا الدعم الاجتماعى والانفعالى ، فانه غالبا ما يجد تعويضا فى حالات الألم ونوبات الاكتئاب والاعراض الجسمية المزمنة ، وتعاطى الكحول والمخدرات . وعلى أية حال ، فان الاعراض الهستيرية التحولية والتفككية تحدث فى نسبة قليلة فقط من الاشخاص الذين يعانون من اضطراب الشخصية الهستيرية .

ويرجع هذا الاضطراب الى أن الشخص لا يجد اثناء سنوات تنشئته المحبة والحدود الواقعية لسلوكه والعلاقة الناضجة الوثيقة ، وبهذا

يبقى طفليا ويتمركز حول ذاته ويرى الآخرين على انهم مصادر اشباع
أو عدم اشباع لحاجاته .

ويصعب علاج الشخصية الهسنية لانها لم تعود العلاقة الطيبة،
وبهذا يجد الشخص صعوبة كبيرة في التعامل مع المبالغ ، وغالبا ما يلجأ
الشخص الى استخدام المراوغة والتهديد بالانتحار ليدفع المبالغ الى
القيام بما يريد . وعادة ما تكون محاولة المريض الانتحار غير جادة ولكنها
أحيانا ما تكون جادة بسبب لحظة من اليأس الحقيقي . والحق المريض
بالمستشفى ، لا يفيد لهذا النمط من الأشخاص ، على الرغم من انه يكون
ضروريا أحيانا لانه يقدم للمريض وسيلة للهروب من مواجهة مشاكل
حياته .

الشخصية الاجتماعية

الشخص الاجتماعي يكون في صراع مزمن مع الآخرين ومع
المعايير الاخلاقية للمجتمع ، وينقصه الحس بحقوق واحساسات
الآخرين ، كما ينقصه امكانية تكوين علاقات تتميز بالاخلاص والمحبة.
ويتسم الشخص الاجتماعي بالتمركز الشديد حول ذاته مما يؤدي به
الى عدم ادراك معاناة ورغبات وحقوق الآخرين . والشخص الاجتماعي
لا يشعر نحو أفعاله الا بقليل من الذنب أو القلق أو الخجل ، ويتسم
بعدم تحمل المسؤولية كما يتسم بنقلة القدرة على تحمل الاجباط أو
لأجل اشباع حاجاته ، كما تكون أهدافه قصيرة ولا يستطيع العمل
بمناورة نحو تحصيل أهداف بعيدة ، ولا يتعلم من العقاب أو الفشل
وبندفع باستهتار وراء دوافعه حيث يؤثر الاشباع السريع . وعندما
يحاسب الشخص الاجتماعي عن نتائج أفعاله يحاول غالبا أن يتجنب

ذلك بالكذب او قد يبدو في بداية الامر مقنعا ولكن سرعان ما يظهر عدم صوابه عندما تراجع عباراته في ضوء الحقائق .

ويبدو بعض الاشخاص اللااجتماعيين وكان التعامل معهم سهل وسار وذلك اذا كانت المعرفة بهم سطحية . وهناك آخرون يتسمون بالفضب والثورة ضد المجتمع وعاداته واتخاياه . كما ينحرف البعض الى الجريمة . فعدد كبير من المختلسين والنصايين والبغايا والمجرمين المعتادى الاجرام يقومون في هذا النمط من الاضطراب .

وتبدأ مشاكل علاقات الشخص اللااجتماعى في الظهور اثناء فترة الطفولة المتأخرة ، فيتسم عندئذ بالمراوغة والتمرد والخداع في علاقاته مع والديه وزملائه . وقد يبدأ ميله الى تجنب نتائج افعاله بالكذب . وتصبح مشاكله الاجتماعية عادة أكثر وضوحا اثناء المراهقة حيث تصبح علاقاته أكثر تعقيدا وتزيد مسؤولياته . ففي المراهقة يتضح عدم مبالاته بالدراسة وتظهر ثورته نحو والديه والسلطات المدرسية وغيرهم من البالغين ، وقد يمارس افعالا غير قانونية ، وقد يتعاطى المخدرات . وفي البلوغ يدخل غالبا في سلسلة من الزواج والطلاق ، ولا يهتم الا قليلا بأطفاله ، ولا يعبأ بما يحدث من ضرر للأسر التي يتركها مخلفة . ويشيع تعاطى الكحول بين الاشخاص اللا اجتماعيين في البلوغ كما يحدث أحيانا ادمان للمخدرات .

وقد يحقق بعض الاشخاص نجاحا اقتصاديا وذلك في بعض الاعمال حيث لا يكون الاتصال الوثيق مع الآخرين ضروريا . كما قد يحقق البعض ممن يعانون من الاضطراب بدرجة بسيطة أو متوسطة مكانة اجتماعية وذلك في مجال اجتماعى لا يعرفه فيه الا قليل من الافراد . ومع هذا

التقدم الاقتصادي أو الاجتماعي فإن حياة الشخص الاجتماعية للأسرية وغيرها من العلاقات الوثيقة تتميز بالاضطراب . والشخص الذي يعاني من الاضطراب بدرجة شديدة يتعرض لمشاكل شديدة في علاقاته في كل مجالات حياته وغالبا ما يعاني من العجز الاقتصادي والاجتماعي .

وقد تؤدي العلاقات غير الصحية أثناء الطفولة وبداية المراهقة الى الشخصية الاجتماعية . ففي كثير من الحالات تكون علاقات الطفل بكل من والديه مؤلمة فلا يكون هناك تقمص لأي منهما . وغالبا ما يرفض كل من الوالدين الطفل ويعاملانه بتبليد أو باستشارة بهما يكونان مشغولين بمشاكلهما . كما لا يوجد هناك من يحل محل الوالدين في اشباع حاجاته . فتمر سنوات التنشئة دون أن يوجد نمط جيد للعلاقات يصوغ عليه نمط حياته . فأخلاقيات الشخص وتقاليدته وتوافقه في علاقاته تنشأ الى حد كبير من علاقاته الصحية أثناء طفولته ومراهقته . وعندما لا يحصل الشخص على حد أدنى من العلاقات الصحية في سنوات تنشئته فإنه قد ينشأ دون المعايير الأخلاقية والاجتماعية اللازمة للحياة الناجحة في المجتمع وقد يصبح شخصا لا اجتماعيا .

وهناك بعض التشابه بين اضطراب الشخصية الاجتماعية الشديدة وتغيرات الشخصية التي قد تحدث لبعض المرضى نتيجة الالتهاب السحائي أو غيرها من اصابة القشرة المخية حيث يتسم الشخص بالاستثارة والاندفامية وعدم الاحساس باحساسات الآخرين ، وقد يلفق القصص غير الحقيقية ليقلل من نتائج انحرافاته السلوكية ، وقد ينتابه نوبات من الغضب .

وعلى ذلك يرى بعض الأطباء أن بعض حالات الشخصية الاجتماعية ترجع إلى الالتهاب السحائي أو غيره من إصابات القشرة المخية . وفي بعض الحالات قد يرجع الاضطراب إلى إصابة المخ التي تحدث قبل الميلاد أو أثناءه أو بعده مباشرة . ولكن يرى معظم الأطباء الآن أن أمراض المخ العضوية تؤدي إلى الاضطراب في نسبة قليلة جدا من الحالات ، وعلى هذا يجب البحث عن أسباب الاضطراب في بيئة الطفل أثناء طفولته ومراهقته .

ومعظم الذين يعانون من اضطراب الشخصية الاجتماعية لا يكون لديهم الدافع للعلاج النفسي ليعترفوا على مشاكل شخصيتهم . حيث ينقصهم القلق المؤلم والشعور بالذنب . ويعتقد بعض الأطباء أن الشخص الاجتماعي غير قابل للعلاج . ولكن بعض الأطباء يقررون أن هناك حالات ينجح فيها العلاج النفسي . والمريض الذي يستفيد من علاج يكون في مرحلة المراهقة أو في بداية مرحلة البلوغ ، كما يكون لديه قدر من القلق أو الشعور بالذنب يدفعه إلى العلاج ، وحيث تكون مشاكل شخصيته بسيطة أو متوسطة الدرجة ، كما يكون لديه بعض خصائص الشخصية الصحية التي يمكن استخدامها في العلاج .

ولكن المريض الذي يعاني من الاضطراب بدرجة شديدة ، وخاصة إذا كان قد تعدى السنوات الأولى من مرحلة البلوغ ، فإنه نادرا ما يستفيد من العلاج النفسي .

الشخصية الواهنة

سيز الشخصيه الواهنة بالاستجابة غير المناسبة للمثيرات العقلية والانفعالية والاجتماعية والجسميه . ولا يستطيع هؤلاء الأشخاص

التكيف عامة لواقف معينة كالزواج أو الحياة المنزلية أو العمل حيث يتسمون بعدم الثقة في النفس والتردد والاعتماد على الآخرين وعدم الحيوية وسرعة التعب وعدم تحمل أى ضغط ..

وبلاحظ أن اساليب العلاج المختلفة لا يمكن ان تغير كثيرا من الحقائق الأساسية لاضطرابات الشخصية . ولكن هناك ادعاءات عن فاعلية انواع العلاج المختلفة فيقال ان المجرمين المعتادى الاجرام الذين نفعون ضمن مجموعة اضطراب الشخصية اللا اجتماعية يزداد توافقهم الاجتماعى نتيجة للعلاج بعقار ال . اس . دى بالاضافة الى العلاج الاجتماعى فى ظل مجتمع صحى .

واستخدام العقاقير فى علاج اضطرابات الشخصية قليل الفائدة . كما ان الكثيرين يفضلون العلاج الاجتماعى عن العلاج الفردى حيث يظهر فى العلاج الاجتماعى اوجه التشابه والفروق بين المريض والآخرين ، كما يجد المريض الفرصة لتكوين علاقات ويتعلم ان يعيش مع الآخرين بالتعديل من سلوكه .

الاضطرابات الجنسية

تتضمن هذه الاضطرابات ، الانحرافات الجنسية حيث يتم الاشباع
بوسيلة غير الجماع الجنسي المادي بين الجنسين المختلفين . كما تتضمن
الاضطرابات التي تصاحب الاستثارة والرغبة الجنسية وذروة الجماع .

الجنسية المثلية

تعرف الجنسية المثلية بالرغبة في الاتصال الجنسي مع افراد من
نفس الجنس . ويسمى السلوك الجنسي المثلي بين الاناث بالسحاق .
وتعتبر الجنسية المثلية أكثر الانحرافات الجنسية شيوعا ، ولكن نسبة
شيوخ هذا الانحراف لا تعرف بدقة ، وتختلف من مجتمع الى آخر .
ويعيش بعض المرضى سلوكا من الجنسية المثلية غير خفى ، بينما يخفى
البعض هذا السلوك بسلوك من الجنسية الفرية . وتتميز بعض المهن
بزيادة نسبة السلوك الجنسي المثلي بين افرادها ، فتشمل هذه المهن في
حالة الذكور ، التمثيل والرقص وتصفيف الشعر ، وفي حالة الاناث
تشمل اعمال الميكانيكا ، والهندسة .

ولا يقتصر السلوك الجنسي المثلي على طبقة اجتماعية اقتصادية
معينة . كما قد يصاحب الجنسية المثلية صور أخرى من الانحرافات
الجنسية .

الاسباب : يذهب البعض في تفسير الجنسية المثلية الى القول
بوجود مكونات من الجنسية المثلية والجنسية الفرية في كل فرد .
وسيادة دافع الجنسية المثلية يرجع الى عوامل بيولوجية كالتشوهات
السيوكيميائية او الوراثية او الجسمية . وترجع هذه النظرية البيولوجية
اساسا لدراسة كولمان للجنسية المثلية على عينة من الذكور . فقد
وجد ان درجة الاتفاق في التوائم المتحددة للجنسية المثلية ١٠٠ في

المائة ، وان درجة الاتفاق في التوائم المنفصلة اعلى منها في عينة الذكور من غير التوائم . وعلى اية حال فان تفسير هذه الارقام كان موضع جدل حيث ان العوامل النفسية والاجتماعية لم تؤخذ في الاعتبار بالقدر المناسب .

وتقوم نظرية التحليل النفسي في تفسير الجنسية المثلية على عدم حل الموقف الاوديسي ، الامر الذي يدفع الولد بان يتقمص شخصية امه والبنات تتقمص شخصية ابيها . وقد ياتي الولد بهذا عندما يكون الاب سلبيا وعديم التأثير في حياة ابنه ، بينما تكون الام مسيطرة ولها النفوذ في الأسرة . وفي حالات اخرى يرفض الاب الولد ويبعده عنه لتقوم الام بتنشئته فتكون علاقة الولد بها وثيقة . وبهذا التقمص مع الام يتبنى الولد اتجاهات انثوية ويأخذ في البحث عن شركاء من الذكور . وعندما تتقمص البنت شخصية ابيها تتبنى اتجاهات ذكرية وتأخذ في البحث عن شركاء من الاناث .

ويرى البعض ان الجنسية المثلية في حالات كثيرة تنشأ من خطأ في النمو ، حيث تتيج ثقافتنا فرصا للجنسية المثلية اثناء الطفولة المتأخرة واولئل المراهقة . فيضع المجتمع حواجز قوية ضد اختلاط افراد الجنسين بينما يسهل الاختلاط بين افراد من نفس الجنس . والولد او البنت الذي يعاني في هذا الوقت بعض الارتباك في الاتجاه الجنسي قد ثبت على الجنسية المثلية اذا كانت تجربته الاولى من هذا النوع . وقد تؤدي المواقف الى حالة من الجنسية المثلية المؤقتة كالخوف من عدم الكفاءة الجنسية ، وتجريب العملية الجنسية اثناء المراهقة والظروف التي لا يوجد فيها شركاء للجنسية الغيرية كما في السجون . وقد تظهر الجنسية المثلية في بعض حالات الذهان وكسورة من صور السلوك الا اجتماعي يقصد الخروج على تقاليد المجتمع وقواعده .

الصورة الاكلينيكية : لا يقتصر سلوك الجنسية المثلية على مرحلة معينة من العمر بل قد يحدث في اى سن . وعادة ما يحدث التضج الجنسى فى حالة الجنسية المثلية مبكرا عنه فى حالة الجنسية الغيرية . وغالبا ما يسود الانشغال بالجنس حياة المرضى .

وفى حالة الذكور قد تظهر بعض الحالات انوثة فى مظهرها او سلوكها او ايماءاتها او كلامها ، ولكن معظم الحالات تكون سوية فى مظهرها . ومن الملاحظ ان المظهر ليس له علاقة بنوع النشاط الجنسى المفضل اى انشراط الإيجابى او السلبى . كما ان كثيرا من الحالات لديها بعض الميل الى النساء ، ولعدد غير قليل محاولات ناجحة من الجنسية الغيرية . وسلوك الجنسية المثلية فى حالة الذكور يتباين ولكنه يشمل العشق والتقبيل والاستمئاء المتبادل ومص القضيب والجماع بين الفخذين ٢ وفى بعض الحالات الجماع عن طريق الشرج . ويوجد هناك الحب والكراهية كما تتبادل الحالات الأدوار السلبية والإيجابية .

وفى حالة الاناث تتباين علاقات المريضة ما بين العدوانية وانسيطرة ، والخضوع والتواكل . كما تتميز العلاقة بين الشريكين فى حالة الاناث بدرجة اكبر من الثبات عنها فى حالة الذكور . ويشمل سلوك الجنسية المثلية بين الاناث التقبيل والعشق واثارة الشدى والاعضاء انتناسلية باليد والقم والجماع الجنسى الغيرى باستخدام قضيب صناعى .

العلاج : لقد بدأ الاتجاه التشاؤمى نحو علاج حالات الجنسية المثلية فى الاختفاء ، حيث تزداد الآن نسبة نجاح العلاج . وهناك دلائل يمكن ان تشير الى نجاح العلاج ، كالعلاج المبكر قبل ان يمارس المريض تماما اسلوب حياة الجنسية المثلية والمحاولات السابقة من الجماع

الجنسي الغيرى ، والاعجاب بالآب ، والاحلام ذات المضمون من الجنسية الغيرية ، وعدم وجود اتجاهات انثوية .

وعلاج التحليل النفسي الطويل الأمد يعطى تغيرا ذا دلالة . ولقد ذكر ان نسبة نجاح هذا النوع من العلاج تصل الى ٣٠ في المائة ولكن هناك من يشكك في مثل هذه النسبة المرتفعة ويذهب الى القول بان التغير الحقيقي والمستمر في سلوك الجنسية المثلية يكون نادرا . والعلاج السلوكى يقوم على عرض صور تتضمن محتوى من الجنسية المثلية على المريض لاثارته ، وفي نفس الوقت يحقن بالايومورفين او يعطى صدمة كهربائية بسيطة لاحداث حالة اشمئزاز شديدة للمثير الجنسي . ولقد تبينت نتائج نجاح هذا الأسلوب من العلاج .

والعلاج بالمقايير لا فائدة فيه ، غير ان عقاقير المهدئات الكبيرة والصغيرة تفقد فقط في علاج الأعراض النفسية المصاحبة . ويجب ان نمنع هرمونات الاندروجينز حيث انها تزيد من الدافع الجنسي دون ان تغير اتجاهه . ولقد ذكر ان العلاج الجماعى يفيد في هذه الحالات حيث يوضع المريض عادة في مجموعة غير متجانسة ، غير ان بعض المعالجين ذوى الخبرة يرون عدم استخدام هذا الأسلوب من العلاج في مثل هذه الحالات .

الاستمراء

يعرف الاستمراء الذى يحدث في معظم الأحيان بين الذكور بعرض الأعضاء التناسلية في الأماكن العامة كوسيلة للإشباع الجنسي . وعادة ما تجد الإناث لذة بدرجة اكر في عرض أجزاء أخرى من الجسم .

ويذهب الأطباء في تفسير هذا الاضطراب الى ان المريض يعانى من

احساسات عميقة بالعجز الجنسي ، وانه يخاف لا شعوريا من أن جهازه التناسلى ليس من الكفاءة لاشباع شريكه ، ويسعى ليؤكد لنفسه كفاءته الجنسية بعرض أعضائه التناسلية .

وفي كثير من الحالات يقوم بتنشئة المريض أم مسيطرة تعطيه عطفها فقط مادام خاضعا لها ، وغالبا ما يكون الأب ضعيفا لا فاعلية له ولا يقوم بدور فعال في تنشئة المريض . وبهذا ينشأ المريض بقمص ضعيف للدور الذكري مع احساسات بالعجز الجنسي والحاجة الى برهنة ذكوريته بأساليب غير ناضجة منحرفة . ويبدأ الاستعراء في نهاية المراهقة او أوائل مرحلة البلوغ وعادة ما يستمر معظم سنوات حياته ، على الرغم من أن المرض قد يتوقف بتقدم السن . ويشيع الاستعراء في مرحلة ما قبل المراهقة ، ولكنه لا يعتبر هنا انحرافا . ففي حالة الانحراف يؤدي الاستعراء الى الاستثارة الجنسية التى تصل الى ذروة الجماع سواء تلقائيا او بالاستمناء .

والاستعراء غالبا ما يكون فهربا يأتى به الشخص بين الغرباء وفي الشوارع المزدحمة أو فى السيارات أو فى المسارح مع الشعور بالذنب بعد العملية . وغالبا ما يتسم المرض باضطرابات أخرى فى الشخصية كالاضطرابات السادية والماسوكية .

ويعتبر العلاج النفسى أسلوب العلاج الاساسى ولكن فائدته قليلة .

التفرج

يعرف التفرج بالحصول على الاشباع الجنسى من مشاهدة الاعضاء التناسلية أو الانشطة الجنسية للآخرين . والتفرج أكثر شيوعا بين الذكور منه بين الإناث . وغالبا ما يعانى المريض من قلق بسبب النشاط الجنسى ، فيسعى لاشباع الجنسى بمشاهدة الآخرين فى جماع جنسى أو عندما يكونون عرايا . واثناء هذه المشاهدة قد يقوم المريض بعملية (م ١٨ - الطب النفسى)

الاستمناء أو يتخيل انه في حالة جماع جنسي مع الشخص الذي يشاهده .
وفي بعض الحالات يقوم المريض بجماع جنسي غيرى ، ولكنه لا يجد فيه
اشباعا لحاجته الجنسية فيسمى لهذا الاشباع بالتفرج .
ويشيع التفرج في مرحلة ما قبل المراهقة لمجرد السعى فقط الى
الاستثارة الجنسية . وفي حالة البالغين قد يكون التفرج سمة سوية كما
في المداعبة التى تسبق الجماع الجنسي والاستثارة التى تسببها مشاهدة
الافلام الجنسية أو الكتب التى تتناول هذا الموضوع . ويظهر الانحراف
فى حصول المريض على اشباعه الجنسي بالمشاهدة القهرية والمتكرر
للآخرين .

ومسار الاضطراب مع العلاج النفسى يكون حميدا ، حيث از
الحالات حديثة السن تتحسن بنضجها ، كما ان الحالات المتقدمة فى
السن تغير من سلوكها نتيجة خوفها من العواقب القانونية .

تحول الزى

يعنى تحول الزى حصول الشخص على الاستشارة الجنسية
والاشباع الجنسي بارتداء ملابس الجنس الآخر . وتحول الزى اكثر
شيوعا بين الذكور منه بين الاناث . وعادة ما يقوم المريض بارتداء ملابس
الجنس الآخر فى سرية تامة ، على الرغم من انه قد يظهر بها امام الآخرين
احيانا ، وفى كثير من الحالات قد يرتدى ملابس الجنس الآخر تحت
ملابسه العادية .

ويبدأ تحول الزى عادة فى مرحلة الطفولة المتأخرة والمراهقة .
ويرى بعض الاطباء أن تحول الزى غالبا ما يتوقف فى اوائل مرحلة البلوغ .
كما يرى بعض الاطباء الذين قاموا بدراسة تحول الزى ان نسبة قليلة من
مرضى تحول الزى قد يتجهون الى الجنسية المثلية اثناء مرحلة المراهقة
واوائل مرحلة البلوغ ، بينما يتجه معظم المرضى الى الجنسية القهرية فى
مرحلة البلوغ .

والشخص في حالة تحول الزى يعانى من ارتباك في التقمص الجنسى ، فأحيانا يشعر بتقمص شخصية النساء وأحيانا بتقمص شخصية الرجال . ففي حالة الاستثارة الجنسية عندما يرتدى ملابس المرأة . وفي تحول الزى تقوم الأم عادة بدور أكثر فاعلية من الأب في حياة الجنس الآخر يتخيل نفسه في دور الرجل وأحيانا يتخيل نفسه في دور المريض ويشعر المريض بأنه أكثر ارتباطا بها من أبيه ، ويتقمص شخصيتها جزئيا . وعلى الرغم من أن الأب أقل ارتباطا بالمريض من أمه ، إلا أنه يقوم بدور كاف يمكن أن يتقمص المريض شخصيته جزئيا . وبهذا يكون تقمص المريض لشخصية كل من والديه قويا بدرجة كافية لكي يقوم تماما سواء بدور الجنسية الغيرية أو الجنسية المثلية ، وينشأ تقمص يتميز بالارتباك الأمر الذى يؤدي به إلى اضطراب تحول الزى . وفي كثير من الحالات قد يكون هناك أشخاص مقربون ، كالأخوة والأجداد ، يقومون بأدوار ذات دلالة في تكوين شخصية المريض ويمنعون اضطراب الشخصية الشديد الذى يؤدي إلى الجنسية المثلية . هذا بالإضافة إلى أن العوامل الاجتماعية في مرحلة المراهقة وأوائل مرحلة البلوغ قد تدفع المريض إلى النقيض بدوره كذكر أو كأنثى وتكون عاملا أساسيا في بنى الشخص لاتجاه الجنسية الغيرية .

وحالات تحول الزى غالبا ما تتسم بالسرية والاكتمال والتشكك مع حياة من الجنسية الغيرية تتميز بعدم الكفاءة . ويعتبر الاستئناء بالاحتكاك بالملابس وسيلة للحصول على ذروة الجماع وأحيانا قد يكون النشاط الماسوكى أثناء الاستثارة الجنسية شديدا .

ويعتبر مسار المرض سيئا . إلا أن العلاج النفسى قد يخفف من قلق المريض واكتسابه .

الفيتيشية

تعرف الفيتيشية بأنها الحصول على الاستثارة الجنسية والاشباع من موضوعات كالأحذية أو الملابس الداخلية أو من اجزاء من الجسم كالأقدام أو الشعر تتعلق بأفراد من الجنس الآخر . ودائما ما يظهر هذا الاضطراب بين الذكور حيث يمر المريض بخبرات تتركه في حالة خوف شديد من العلاقات الوثيقة بالجنس الآخر . وعلى الرغم من ان اتجاه المريض نحو الجنس يتميز بالجنسية القوية الا انه لا يستطيع الاتصال جنسيا بالجنس الآخر وعلى ذلك يبحث عن بدائل رمزية للاتصال . وغالبا ما يتسم المريض بالعدوان والا اجتماعية .

وغالبا ما يفيد هنا العلاج النفسي حيث يوجد فرصة جيدة لزوال المرض والتخفيف من بعض القلق المصاحب .

السادية والماسوكية

تتضمن السادية الحصول على الاستثارة الجنسية والاشباع الجنسي عن طريق احداث الألم أو الإهانة بالشريك ؛ بينما تتضمن الماسوكية الحصول على الاستثارة الجنسية والاشباع الجنسي عن طريق المعاناة من الألم أو الإهانة . ودائما ما توجد السادية والماسوكية معا ، على الرغم من سيادة احدهما على الأخرى ويشار إليهما بالسادوماسوكية .

الاشباع : وتحدث السادية في معظم الأحيان عند الذكور ، وترجع الى الكراهية العميقة نحو افراد الجنس الآخر . وفي كثير من الحالات يعاني المريض من شكوك واضحة في كفاءته الجنسية وذكورته فيحاول التخفيف من هذه الشكوك بعدوانه الشديد في انشطته الجنسية . وقد ترجع السادية الشديدة التي تتميز بالاندفاعية والعنف والقسوة الى

مرض عضوى فى المخ . وتنتاب الماسوكية كلا الجنسين وترجع الى الاحساس الشديد بالذنب وعدم الاهمية وبهذا لا يستطيع الاسترخاء والحصول على ذروة الجماع الا اذا تعرض للمعانة الجسمية التى يشعر انها تبرئنه من احساسات الذنب . كما ترجع الماسوكية الى الكراهية المكبوتة التى يشعر نحوها المريض بالذنب والتى يشعر بان العقاب فقط يطهره منها .

الصورة الاكلينيكية : فى حالة الاضطراب السادى يذهب المريض الى عض شريكه او جلده او اى تمذيب جسمى آخر او استخدام اساليب اخرى من الاهانة ، والاغتصاب بالاكره من الافعال السادية الشديدة . والقتل الشبقى ، انحراف سادى شديد يتضمن القتل وتنسويه الجثة للاشباع الجنسي ، حيث يتم الاشباع عادة بعملية الاستمناء . وعادة ما تتميز حالات السادية الشديدة ، وربما دائما بالدهان . وتنضمن الماسوكية المعاناة للتخفيف من الاحساس بالذنب وعدم الاهمية . وفى الحالات الشديدة قد يكون من الضرورى للاستشارة الجنسية افعال نكوصية كالكلام الفاحش وحب مشاهدة البراز واكله.

العلاج : يلزم فحص المريض فحصا عصبيا شاملا فى كل الحالات الشديدة ، واكتشاف اى مرض عضوى قد يتطلب جراحة عصبية . والتنبؤ بمسار المرض يكون سيئا فى الحالات التى ترجع الى الاضطرابات النفسية الشديدة ، ولكن العلاج النفسى قد يكون ذات قيمة فى خفض الاحساس بالذنب الا شعورى والدوافع العدوانية . واذا وجد الدهان تستخدم المهدئات الكبيرة وربما الصدمات الكهربائية .

تحول الجنس

يعرف تحول الجنس بالرغبة القهرية الشعورية في ان يغير الشخص من جنسه . فتحول الجنس في حالة الذكور يتضح في أن يفكر الشخص ويحس ويقوم بأفعال كما تفعل الأنثى ، على الرغم من أنه يكون سويا من الناحية البيولوجية . وبهذا يتميز الشخص عن الخثنى حيث الخصائص البيولوجية غير السوية بوجود الخصائص الذكرية والانثوية معا .

الاسباب : يعتقد ان التنشئة غير الصحية في الطفولة تؤدي الى نشأة الرغبة في تحول الجنس . فالطفل الذكر الذي ينظر اليه على انه بنت صغيرة ، وتلبسه امه ملابس الاناث كما تصرح بأنها كانت ترغب في ان يكون بنتا غالبا ما تنشأ لديه اتجاهات انثوية .

الصورة الاكلينيكية : يعاني المريض من احساس شعورى بعدم التجانس مما يؤدي به الى الرغبة القهرية في تغير جنسه تشريحيا الى درجة انه قد يرغب في ان تتم له عملية جراحية لتغيير جنسه .

العلاج : تعتبر الوقاية عن طريق التنشئة الصحيحة للطفل من الاهمية بمكان حيث ان التنبؤ بنتيجة العلاج يكون سيئا في الحالات التي استقر بها الاضطراب . وفي السنوات الاخيرة استخدم عديد من المراكز الطبية العمليات الجراحية التي تقوم على ازالة القضيبي والخصيتين وتحويل كيس الخصيتين الى مهبل مع اعطاء الاستروجينز لازالة شعر الوجه . ولكن لا يوجد عملية جراحية مشابهة لتحول الجنس في حالة الاناث . ولقد اتضح ان المدخل النفسى اكثر اهمية من المدخل البيولوجى في علاج تحول الجنس ، الامر الذى ينطبق ايضا على حالات التخثث .

حب الاطفال

يعرف حب الاطفال بالاستثارة الجنسية والاشباع الجنسي عن طريق الاتصال الجنسي بطفل أو شخص غير ناضج جنسيا من كلا الجنسين . والمريض الذي عادة ما يكون ذكرا قد يكون اما حالة من الجنسية الفرية او الجنسية المثلية والحالة الاخيرة اكثر شيوعا .

ويرجع هذا النمط من الانحراف الى احساس المريض بعدم الكفاءة الجنسية فيتجنب الجماع مع شخص بالغ لاعتقاده أنه قد يسخر منه او يرفضه ، وعلى ذلك ينجذب الى الاطفال الذين لا يؤذونه . والمريض كما في حالة الجنسية المثلية يتقمص شخصية امه التي كانت ترفضه وتسبب له الاحباط ، ويعامل الاطفال بالاسلوب الذي كان يرغب ان يعامل به عندما كان طفلا .

ونادرا ما قد يؤدي اصابة المخ العضوية الى اضطراب حب الاطفال في السن المتقدم وعادة ما يكون هناك عنة جزئية ، وعلى ذلك يقتصر الاشباع على المفازلة والاستعراء ، ونادرا ما قد يحاول المريض الجماع الشرجي مع الطفل وابدائه جسميا . والعلاج النفسي يكون العلاج المفضل . وبسبب ما يوجد هناك من ابعاد سادوماسوكية فان مسار المرض يكون سيئا .

حب الحيوانات

يتضمن حب الحيوانات الحصول على الاشباع الجنسي من الحيوانات . ويدل المفهوم عادة على الجماع الجنسي الحقيقي مع الحيوانات ، وليس الاستثارة الجنسية بمشاهدة النشاط الجنسي

للحيوانات او صورة من الفيتشية التى قد يكون فيها اشياء حيوانية موضوع الجنس .

ويشيع اضطراب حب الحيوانات بين الافراد الذين يعيشون فى المناطق الريفية ، ومنزلون اجتماعيا ويتسمون بشخصية فصامية او يتسمون بالذهان او التخلف العقلى وقد يمارس الاذكىاء والمتقنون هذا الانحراف احيانا عندما يكونون فى حالة من التسمم .

ولعلاج هذه الحالات يستخدم العلاج النفسى ، كما قد تستخدم اساليب اخرى من العلاج فى الحالات التى تتسم بالذهان .

العنة

تعرف العنة بعدم انتصاب القضيب او ضعفه مما يعوق الجماع .

الاسباب : على الرغم من ان اكثر الاسباب شيوعا للعنة تكون نفسية ، الا انه قد لوحظ ايضا ان هناك اسبابا عضوية . فالحالة العامة للجسم من انيميا وسوء تغذية وامراض معدية واورام وسكر وتقص هرمون الثوركسين لها اثرها على الانتصاب . كما ان امراض الجزء المعزى من الحبل الشوكى واضطرابات المثانة والبروستاتا ، وفقدان الخصي فى اصابة او فى جراحة قبل المراهقة والعوامل الفسيولوجية من اجهاد وتقدم فى السن قد تؤدى الى العنة . واستخدام هرمونات كالاستروجينز فى علاج اورام البروستاتا ، وكذلك استخدام العقاقير المهدئة والنومة بكثرة قد يقلل من الرغبة الجنسية ويؤدى الى العنة . وقد يؤدى استخدام الكحول بطريقة معتدلة الى زيادة فى الرغبة الجنسية . ولكن قد يؤدى الى العنة فى حالة التسمم ، وايضا بعد تعاطي الكحول لفترة طويلة .

والعوامل النفسية كالقلق أو الخجل أو الشعور بالذنب أو الخوف
أو الغضب قد تؤدي إلى العنة . فهناك العنة التي تنتاب الشخص عندما
يقبل على أول جماع جنسي له . وهذه العنة قد ترجع إلى الخوف من
الفشل أو إيذاء الشريكة . وهناك العنة التي ترجع إلى الخوف من
الاجهاد الذي يؤثر على القلب . والغضب من الشريكة أو كراهيتها قد
تؤدي إلى العنة . وقد تكون العنة عرضاً من أعراض اضطراب نفسي
كالإكتئاب أو الفصام ، وقد تكون تعبيراً عن النفور من الجماع نتيجة
لاتجاه عام ضد الجنس وضد الإناث . كما أن العنة ترتبط بالاضطرابات
الجنسية ، فالرجال الذين يعانون من الجنسية المثلية الكامنة أو الصريحة
أو يعانون من اضطرابات جنسية أخرى غالباً ما يتعرضون للعنة في
الجماع الجنسي الفيرى . وفي حالات نادرة قد لا يمكن تحديد سبب العنة.

العلاج : في حالة العنة التي ترجع إلى أسباب عضوية يعطى العلاج
الطبي المناسب ، وفي حالة العنة التي ترجع إلى ضغوط موقفية حادة ،
فإن الإرشاد والتخفيف من الشعور بالذنب والقلق ، تعطى نتائج طيبة
سريعة . ويمكن أن يتعاطى المريض المهدئات البسيطة أو الكحول بكميات
صغيرة قبل النوم . وإذا لم تتحسن الحالة فيجب أن يخضع المريض
للعلاج النفسي . مع إعطاء المريض العقاقير المضادة للإكتئاب إذا كان
يعاني من حالة اكتئاب . ويفيد العلاج بالهرمون فقط إذا وجد دليل
أكلينيكي على اضطراب هرموني . ويمكن استخدام تستسترون بروبونات
في حالة صفر الخصي . ولا يفضل معظم الأطباء والمرضى الوسائل
الميكانيكية المساعدة ، ولكن يتقبل المرضى أحياناً جبيرة للخصيب .

اضطرابات القذف

القذف المبكر : يعرف القذف المبكر بذروة الجماع التي تحدث قبل ادخال القضيب في المهبل أو بعد ادخاله مباشرة . وهذا العجز الشائع الى حد ما يسبب ضيقا للرجل ويقلل من الاشباع الجنسي للأنثى . وهذا الامر يثير اهتمام الزوجين اللذين يهتمان باتمام ذروة الجماع في وقت واحد .

الاسباب : تنشأ ذروة الجماع والقذف المبكر من رد فعل انعكاس عندما تصل المثيرات النفسية واللمسية عتبة فارقة معينة . ويرغب معظم الرجال في ان يستمر الجماع مدة طويلة حتى تصل الشريكة الى حالة الذروة ، أو على الأقل قبل الذروة ببضع دقائق . وفي معظم حالات القذف المبكر تحدث الذروة بعد بضع ثوان من الجماع . وبالإضافة الى ما يسببه القذف المبكر من عدم اشباع المرأة ، فإنه يسبب للرجل ضيقا حيث تكون الذروة قصيرة وأقل لذة .

وتظهر الاسباب الجسمية للقذف المبكر في زيادة التوتر الجنسي وزيادة الحساسية القضيبيية . وقد يكون القذف المبكر دنيلا على ضعف الدافع الجنسي وضعف الانتصاب ، ويرجع القذف المبكر ايضا الى اضطرابات عصابية كالأحساس بعدم الكفاءة ومخاوف الإخصاء والصراعات الأوديبيية .

العلاج : التقليل من المثيرات النفسية ، وتتضمن هنا اساليب مختلفة يمكن استخدامها اثناء الجماع لتأخير الذروة كانشغال العقل بموضوعات غير جنسية أو ضم عضلة فتحة الشرج مع استمرار ضمها . والتقليل من المثيرات اللمسية بتقليل الاحتكاك بجدران المهبل بتوسط

القضيب فيه او ادخاله بعمق . وتقليل المثيرات اللمسية أيضا بتقليل حساسية حشفة القضيب باستخدام غشاء القضيب المطاطى او باستخدام مرهم دايوكين قبل الجماع بنصف ساعة .

كما يمكن علاج القذف المبكر بتغيير العتبة الفارقة للاستئثار ، حيث يستئثار القضيب يدويا الى مرحلة قبل الذروة مباشرة ثم يترك ليهدأ . وتكرر هذه العملية عدة مرات . وبعد عدة ايام او اسابيع من هذا التمرين يمكن لعملية الجماع ان تطول بوضوح .

وإذا كان القذف المبكر يرجع الى اضطرابات عصابية فيجب استخدام العلاج النفسى . ومسار الاضطراب يكون جيدا عامة ولكن بشيخ وجود انتكاسات .

وبالاضافة الى القذف المبكر فهناك تاخر القذف وعدم القذف واقذف بدون ذروة . وهذه الاضطرابات قد ترجع الى اضطرابات عصبية كاورام فى النخاع الشوكى او الاضطراب فى المسالك البولية او كمضاعفات لبعض العقاقير كالعقاقير المضادة للاكتئاب . كما ان هذه الاضطرابات قد ترجع الى صراعات عصابية شديدة .

ويقوم العلاج هنا ايضا على ازالة الاضطرابات العضوية ، وعلى العلاج النفسى الذى يتناول الاضطرابات العصابية .

البرود الجنسى

يمكن تعريف البرود الجنسى بالنقص الجزئى او الكلى للذة الجنسية او الاشباع الجنسى للمرأة . والبرود الجنسى اضطراب شائع ، ولكنه لا يحدث عند المرأة عجزا كما تحدث العنة عند الرجل من عجز . فالمرأة يمكن ان تؤدى الجماع دون ان يكون لها رغبة أو دین ان تحصل على لذة . والبرود الجنسى الشديد قد يكون له آثاره على الحياة الزوجية حيث يسبب الاستياء والكراهية والاحباط لكلا الزوجين .

ودرجة الاستثارة الجنسية للمرأة تختلف من وقت لآخر تبعاً لحالتها الانفعالية . والبرود الجنسي انواع ، فهناك الاحساسات السلبية نحو الجماع . وهذا النوع اشد انواع البرود ، ويرتبط الشعور بالاشمئزاز من الجماع بالشعور بالخجل والشعور بالذنب والقلق . وقد يوجد ايضا ألم في الحوض او انقباض في المهبل . وهناك عدم الاستثارة الجنسية ، حيث يكون للمرأة رغبة في الجماع ، ولكن لا ينتابها الا قليل من اللذة او لا ينتابها اى لذة كما لا تصل الى ذروة الجماع . وفشل الوصول الى الذروة نوع آخر من البرود حيث يكون لدى المرأة الرغبة ويمكن ان تستثار جنسيا ، ولكنها لا تصل الى الذروة .

ويذكر بعض الاطباء ان البظر يعتبر المنطقة الرئيسية للذروة وان التفريعات الفسيولوجية التي ترتبط بالذروة البطيئة تحدث ايضا في الذروة المبجلة . وبذلك يبرهنون على عدم وجود ذروة مهبلية منفصلة او اكثر نضجا . فالتساء كالرجال ينتابهن ذروة واحدة فقط ولكن الذروة في كل من الرجال والنساء يمكن ان تختلف كثيرا في الشدة والاستمرار .

الاسباب : قد يرجع البرود الجنسي الى الامراض الحادة او المزمنة او الى امراض الفسدد الصماء . كما يرجع الى الاضطرابات العصبية للاعصاب التي تغذى المنطقة التناسلية . ومع ان الدافع الجنسي يزداد تدريجيا بتقدم السن ، الا ان الرغبة الجنسية تقل مع بلوغ سن اليأس ، ولكنها لا تختفي تماما . وعلى أية حال فالاضطرابات النفسية التي تشيع في مرحلة اليأس قد تؤدي الى البرود الجنسي والتعب ايضا من الاضطرابات الفسيولوجية التي تؤدي الى البرود . وكثير من الاضطرابات كالتهاب الغشاء الداخلى للرحم والتهاب المثانة

والتهاب المهبل والشفرتين ، تؤدي الى الالم الجماع الذى يؤدى بدوره الى القلق والبرود .

وبينما تؤدي المهدئات الكبيرة الى انخفاض الرغبة الجنسية فان المهدئات الصغيرة قد تؤدي الى زيادة الرغبة الجنسية بما تحدثه من تخفيف للقلق . والعوامل النفسية أكثر الاسباب شيوعا للبرود الجنسى . فاتجاه الحياء نحو الافعال الجنسية الذى تكتسبه الانثى من الوالدين قد يؤدى الى الشعور بالذنب والخجل نحو الافعال الجنسية ، وبالتالي البرود ، كما ان الخوف من الرفض والخوف من الحمل والشعور بالنقص والخوف من فقدان السيطرة على النفس ، وحب الذات كلها عوامل قد تؤدي الى البرود . وكراهية الرجال التى تتعلمها انثى من امها قد تكون سببا للبرود . والصراعات الاديبية قد تكون سببا ايضا فى البرود حيث ترى المرأة فى زوجها بديلا عن الاب . ورفضها لدورها كاثنى يسبب لها قلقا وشعورا بالذنب مما يؤدى الى البرود . والتعرض لحوادث جنسية فى الطفولة كالاعتصاب يسبب ايضا برودا ، كما ان الاضطرابات المصاحبة والذهانية الشديدة كالاكتئاب والفصام قد يكون لها اثرها ايضا .

وهناك عوامل أخرى تؤدي الى البرود الجنسي لدى المرأة كالزواج الذى لا يجيد المداعبة قبل الجماع او الذى لا يكون جذابا لزوجته ، او ممارسة الجماع فى جو غير ملائم ، او ممارسة الجماع اثناء فترات عدم الوفاق بين الزوجين .

العلاج : يجب فحص المريضة فحصا طبيا شاملا ، وعلاج أى اضطرابات عضوية يكشف عنها الفحص . واذا كان هناك نفور شديد فان المهدئات الصغيرة أو الكحول قد يفيد قبل الجماع بنصف ساعة. والاندروجينز كالمثيل تستسترون قد تفيد اذا كانت حساسية البظر

قليلة ، ولكن لهذه الهرمونات مضاعفاتها ، كتغير الصوت وظهور الشعر .
وأقراص منع الحمل قد تكون ذات فائدة إذا كان الخوف من الحمل من
العوامل التي تؤدي الى البرود .

ويمكن لعلاج البرود توعية الزوجين بأساليب النشاط الجنسي
وخاصة بنشاط ما قبل الجماع . والقيام بالجماع عندما يكون كل من
الزوجين في حالة استرخاء . كما ان الكلمات الطيبة واستثارة المناطق
الشبقية مع الاحتكاك الجسدي تساعد على الاستثارة الجنسية .
وتزداد هذه الاستثارة اذا قامت المرأة بتركيز خيالها على الافعال
الجنسية ، كما تزداد الاستثارة اذا تنوعت اساليب الجماع .

وينصح بالعلاج النفسي اذا لم تتحسن المريضة بما ذكر من اساليب ،
حيث يرجع البرود الى اضطرابات عصبية .
ومسار البرود الجنسي يكون جيدا الى حد ما . فكثير من النساء
تبقى على حالتها من البرود أو تتحسن حالتها بعض الشيء على الرغم
من ما يقدم لها من علاج شامل ، والبعض يشفى تماما .

آلام الجماع وانقباض المهبل

آلام الجماع وانقباض المهبل توجد احيانا مع البرود الجنسي
الشديد أو الزمن . وقد توجد أيضا مع درجات بسيطة من البرود في
حالة النساء الحديثات السن اللائي لاخبرة لهن .

واسباب وعلاج آلام الجماع تشبه اسباب وعلاج البرود . وعلى
ذلك فالآلام الجماع قد ترجع الى اسباب عضوية كإصابة موضعية أو
تشوه تشريحي أو التهاب أو الى اسباب نفسية . وانقباض المهبل دائئ
ما يرجع الى اسباب نفسية حيث يكون عرضا يحمي المرأة من فعل
مخيف .

الرغبة الجنسية الزائدة

قد ينتاب كل من الرجل او المرأة رغبة جنسية زائدة . والنشاط الجنسي الزائد الباثولوجى يوجد اذا ساد النشاط الجنى تفكير الشخص ، واثّر على مجالات عمله اليومية الاخرى . والنشاط الجنى غالبا ما ينقصه الاشباع ولذة الذروة وعلى ذلك يظل الشخص فى البحث عن هذا الاشباع . ويشيع وجود اعراض عصابية كعدم الاستقرار وقلة التركيز وعدم الرضى عن الحياة .

الاسباب : الرغبة الجنسية الزائدة عادة ما تكون مظهرا لمشاكل نفسية ، ولكنها قد تحدث نتيجة لاسباب عضوية . فالتهابات فى المنطقة الطرفية من المخ كبعض الاورام والاصابات قد تؤدي الى الرغبة الجنسية الزائدة . والرغبة الجنسية الزائدة قد تظهر اثناء نوبة التشنج فى الفص الصدغى نتيجة استثارة الجهاز الطرفى والهيپوثالموس والنواة اللوزية . وبعض العقاقير كالايفيتامينز وهرمونات الاندروجينز قد تؤدي الى الرغبة الجنسية الزائدة عند بعض الاشخاص لبعض الوقت . كما ان بعض التغيرات الفسيولوجية قد تؤدي الى زيادة مؤقتة فى الرغبة الجنسية . ففى مرحلة اليأس يؤدي النقص الفسيولوجى فى الاستروجينز الى زيادة نسبة الاندروجينز التى تزيد من الاستثارة الجنسية . وينتاب بعض النساء زيادة فى الرغبة الجنسية اثناء فترات الحيض . وقد تكون الرغبة الجنسية الزائدة عرضا مؤقتا لبعض الاضطرابات النفسية كالاضطرابات الفصامية ، ومرحلة الهوس فى ذهان الهوس الاكتئامى ، واضطرابات الشخصية الاجتماعية والهستيرية قد ترتبط بالرغبة الجنسية الزائدة .

العلاج : يجب علاج الاسباب العضوية اذا وجدت . وفى حالة الاسباب النفسية يستخدم العلاج النفسى الطويل المدى لتناول مشاكل الشخصية .

إضطرابات الإعتماد

(م ١٩ - الطب النفسي)

الاعتماد على الكحول

الاعتماد على الكحول حالة نفسية وعادة ما تكون أيضا جسمية ، تنشأ من تعاطى الكحول وتتميز باستجابات سلوكية أو غير سلوكية تنضم دائما دفعا قهريا لتعاطى الكحول باستمرار أو على فترات لما له من آثار نفسية وأحيانا لتجنب الاضطرابات الجسمية التى تنشأ من عدم تعاطيه . وقد يحدث تحمل لتعاطى الكحول ، كما أن الشخص قد يعتمد على الكحول وعلى العقاقير من المهدئات والعقاقير المضادة للقلق .

ومع وصول مستوى الكحول فى الدم من ١٠٠ الى ٢٠٠ ملليجرام فى كل ١٠٠ سم^٣ ينتاب المريض حالة من التسمم ، كما يتناهى حالة من الإبتهاج أو الاستجابات الانفعالية الأخرى . وعندما يصل مستوى الكحول من ٢٠٠ الى ٣٠٠ ملليجرام ينتاب المريض حالة من الاضطراب الحركى . وقد يؤدي المستوى الذى يزيد عن ٥٠٠ ملليجرام الى الموت.

ويختلف الأطباء فيما بينهم فيما اذا كان الشخص يعتمد على الكحول جسديا ونفسيا كما يحدث فى حالة المنومات . فبعض الأطباء يرى أن هناك اعتمادا جسديا ونفسيا بسيطا ينشأ لدى الشخص الذى يتعاطى الكحول بكثرة وباستمرار لفترة طويلة ، حيث يؤدي توقف تعاطى الكحول الفجائى الى امراض انسحابية كالضعف والارتعاش والاضطراب والرغبة فى تعاطى الكحول ، والغثيان وزيادة سرعة دقات القلب وارتفاع درجة الحرارة والهلاوس . بينما يرى البعض الآخر أن الاعتماد الجسمى على الكحول لا يحدث وأن الاعتماد الذى يحدث يكون نفسيا . ويرى هؤلاء الأطباء أن الامراض الجسمية التى نشاهدها ترجع الى حالة التسمم والى حالة سوء التغذية التى تصاحب غالبا تعاطى الكحول .

فالأعراض الانسحابية كالارتعاش وزيادة سرعة دقات القلب لا تتوقف عند معاودة تعاطي الكحول . كما نشاهد كثيرا من المتعاطين للكحول بكثرة ولفترات طويلة ، لا تظهر عليهم اعراض انسحابية عندما يجبرون على التوقف عن التعاطي فجأة .

ويعمل الكحول كمهدئ للجهاز العصبى المركزى ، فيقلل من نشاط القشرة المخية . وهذا الانخفاض فى نشاط القشرة المخية يؤدى الى انخفاض الكف فى سلوك المريض . وطبيعة هذا السلوك تتباين بين الأشخاص فينتاب بعض الأشخاص حالة من الابتهاج والثروة والفكاهة بينما ينتاب البعض الآخر حالة من الحزن والبكاء . وكلما زاد مستوى الكحول فى الدم تتأثر المناطق الحركية فى القشرة ويضطرب توافق المريض الجسمى . ومع المستويات المرتفعة من الكحول فى الدم يتأثر المخ الأوسط وغيره من مراكز المخ السفلى . وينشأ اضطراب الحركات الإرادية والنعاس والغيبوبة . كما يسبب مستوى الكحول المرتفع فى الدم اضطراب مراكز حركة الأوعية الدموية والقلب والتنفس .

الأسباب : يلجأ بعض الأشخاص الذين يعانون من القلق الى تعاطي الكحول لما له من اثر مهدئ حيث يتخفف المريض من توتره . وقد يقبل الأشخاص الذين يصارعون الشعور بالنقص وعدم الأهمية على تعاطي الكحول للوصول الى الاحساس بالثقة الذى يشعر به من يتعاطى الدحول . وعلى ذلك ، فالشخص عندما يكون تحت تأثير الكحول قد يخلق القمص التى تحكى بطولات شخصية . وقد يطلق بعض الأشخاص أنواعا أخرى من الاحساسات المكبوتة فيكشفون عن غضبهم ومشاكلهم الاجتماعية ومخاوفهم وظموحاتهم . وقد يتسم آخرون بالعُدوان

الجنسي على الرغم من ان كثرة التعاطى غالبا ما تؤدي الى عدم الانتصاب القضيبي .

وسوء تعاطى الكحول قد يكون أيضا اسلوبا للثورة على الوالدين المسيطرين أو لرفض الاخذ بمعايير الجماعة . وقد يتعاطى الكحول الأشخاص الذين لا يتحملون الاحباط ، عندما تعوق الظروف رغبتهم . كما يشجع التعاطى أيضا بين الأشخاص الذين يتسمون باللا اجتماعية حيث يكون التعاطى وسيلة لتحدى أسرهم وتحدى المجتمع ومعاييرهم .

وقد يتعاطى الشخص الكحول عندما ينتابه الاكتئاب لموت شخص عزيز أو الاكتئاب الذي يعقب حالة انهيار اقتصادي أو فشل مهني أو غيرها من المشاكل . كما قد يتعاطى الشخص الكحول في حالة بعض امراض المنع العضوية كالاورام وتدهور المنع نتيجة الشيخوخة أو تصلب شرايين ، حيث يسعى الى التخفف من قلقه والشعور بالارتباك وعدم الأهمية بالآثار المهدئة للكحول .

المسار الاكلينيكي : من الملاحظ ان نسبة قليلة ممن يعاطون الكحول يتوقفون عن تعاطيه بدون مساعدة علاجية بعد سنوات من التعاطى . فقد يتوقف الشخص بسبب كارثة كالتهديد بالطرد من العمل أو بعد مرض شديد كليف الكبد أو الهذيان الاتعاشي أو بعد حادثة سيارة . غير أن التوقف عن التعاطى بسبب هذه العوامل لا يؤدي الى حل المشاكل الانفعالية التي تكون قد أدت الى تعاطى الكحول . ولكن يحدث بعض التخفف من حدة هذه المشاكل ، الأمر الذي يؤدي الى توافق أفضل . وبعض الحالات تتوقف عن التعاطى نتيجة للعلاج بالأساليب التي سنتناولها ، وهناك حالات لا تتوقف عن التعاطى طوال حياتها التي قد تستمر الى الستينات

أو حتى السبعينات . وهؤلاء الأشخاص لا يعانون عادة من سوء التغذية
التي غالبا ما تصاحب الكحول ف دائما ما يكونون من أسر ذات اقتصاد
مرتفع مما يتيح لهم رعاية طبية جيدة وتكيف اقتصادى مناسب .

والحالات التي تستمر في التعاطى غالبا ما تتعرض للأمراض
الجسمية كأمراض الكبد والجهاز العصبى المركزى بسبب الأثار التسممية
للكحول وبسبب سوء التغذية الذى يصاحب التعاطى . كما ان هذه
الحالات تتعرض للتدهور الانفعالى والاجتماعى فيفقد الشخص الاهتمام
بأسرته وأصدقائه ويتمركز حول ذاته ، كما يقل اهتمامه الجسدى وغالبا
ما ينتاب المريض الذكر العنة وينتاب الأنثى البرود . وقد يحدث التدهور
بدون دليل اكليسيكى عن اصابة القشرة المخية ولكن في بعض الحالات قد
يظهر المرضى علامات من التدهور العقلى العضوى ، فتضطرب قدرة
المريض على الحكم والتذكر ويفقد ادراكه للزمن جزئيا . وقد ينتاب
المريض نوبات من الهذيان الارتعاشي أو حالة من الذهان .

العلاج : يستخدم في علاج الاعتماد على الكحول العلاج النفسى
الذى يقوم على مواجهة المريض لمشاكله الانفعالية الضغوط الناشئة عن
علاقاته . ولقد وجد معظم الاطباء ان العلاج النفسى الفردى بمفرده نادرا
ما يفيد في علاج المريض مالم يعط له اولا عائق مؤقت ضد التعاطى ،
ويعتبر الدايسلفيرام العائق الشائع . فبمجرد تناول المريض الدايسلفيرام
وتوقفه عن التعاطى بسبب الخصائص الفارماكولوجية لهذا العقار، فان
المريض غالبا ما يستقر ويؤخذ في مواجهة مشاكله التى ادت الى تعاطيه
للكحول . وفى بعض الحالات يمكن ان يبدأ العلاج النفسى بعد الحاق
المريض بالمستشفى حيث لا يمكن المريض الحصول على الكحول . وبعد
ان يكون المريض قد تقدم تقدما كافيا في العلاج يمكن ان يواصل العلاج

بعد خروجه من المستشفى مع مواصلة الامتناع عن التعاطى . ويفضل
الا يعطى المريض عقاقير مضادة للقلق اثناء فترة العلاج ، حيث يكون لدى
انريض الاستعداد لتعاطى كميات كبيرة منها ، وفي بعض الحالات قد
يعتمد عليها . ويدون عوائق التعاطى تلك او فترة من الالحاق بالمستشفى
فان العلاج النفسي لايفيد ، فالمرضى عندما يناقش مشاكله الانفعالية
المؤلة ويتناول مشاكل علاقاته فانه يعود عادة الى التعاطى للتخفيف من
القلق الذى يشعر به . كما انه يترك العلاج كلية .

ولقد استخدم العلاج النفسي الجماعى حيث يمكن لبعض المرضى
الاندماج فى هذا العلاج بفاعلية اكثر مما يحدث فى العلاج الفردى . ففى
جماعة من المتعاطين يمكن ان يناقش المرضى مشاكلهم بقلق اقل منه فى
الجلسات الفردية مع الطبيب ، كما ان المريض غالبا ما يتقبل تعليقات
افراد الجماعة بسهولة اكثر من تقبله للتفسيرات التى تتم فى العلاج
الفردى . كما يشعر المريض بالرقيب الاخلاقى الذى يشعر به غالبا عند
مناقشته مشاكله مع الطبيب الذى لا يشاركه هذه المشاكل . كما قد
يحقق العلاج الجماعى جوا من الزمالة يكون المريض فى حاجة اليه .
والعلاج الجماعى يفيد كثيرا فى حالة المريض السلبي المنزول انفعاليا ،
الذى يعانى من احساسات شديدة بعدم الامن وعدم الكفاءة . والعلاج
النفسى الفردى والجماعى يفيد فقط عندما تكون مشكلة اعتماد المريض
على الكحول بسيطة ويكون دافع المريض للعلاج شديدا . ويستخدم ايضا
فى علاج الاعتماد على الكحول العلاج الشرطى الذى يقوم على خلق حالة
من النفور الشديد من الكحول . فقد يتضمن العلاج احداث حالة من
الفئيان والقيء بحقن المريض بمقايء بعد فترة قصيرة من تعاطى
الكحول . ويتكرر هذا يوميا مع وجود المريض داخل المستشفى لعدة

اسباب حتى تنشأ لدى المريض استجابة شرطية من الغثيان والقيء
عندما يتذوق او يشم الكحول .

كما يمكن احداث الاستجابة الشرطية باستخدام الارتباط البصرى
حيث يتكرر على المريض عرض صور تثير الخوف والاشمئزاز عند تعاطى
الكحول . ويتضح ان هذا النوع من العلاج يتطلب مريضاً يرغب فى
العلاج ، ويرحب بدخوله المستشفى والتعرض لمتاعب العلاج . كما يجب
ان يصاحب هذا العلاج الشرطى علاج نفسى فردى او جماعى .

ويستخدم ايضا فى علاج الاعتماد على الكحول ، علاج الدايسلفيرام .
واندالسلفيرام عقار يعطى عن طريق الفم . ولا يحدث للشخص الذى
يتعاطاه بجرعة يومية اى تأثير ما لم يتعاط الكحول . فاذا تعاطى الشخص
الكحول تعرض للكثير من الاضطرابات . ويقوم فعل الدايسلفيرام على
ايقاف التمثيل الغذائى فى مرحلة الاستالدهيد ، فيتراكم الاستالدهيد
ويؤدى الى اضطراب المريض . ويعطى للمريض عادة ٥٠ جرام من العقار
لفترة سبعة ايام متتالية وفى اليوم الثامن وفى الصباح الباكر يعطى المريض
جرعة اخبارية من ٣٠ الى ٥٠ سم^٣ من الكحول للتأكد من ان جسم
المريض يحتوى على مستوى مناسب من الدايسلفيرام . وخلال فترة من
١ الى ١٥ دقيقة يبدأ وجه المريض فى الاحمرار ويصبح تنفسه سطحيًا
وينتابه الصداع وضيق فى الصدر وسرعة فى دقات القلب وآلام فى
الأطراف والجسم وشعور بعدم الحيوية . وقد يحدث قيء وغثيان .
وهذه الجرعة الاختبارية توضح للمريض نتائج تعاطى الكحول عندما
يحتوى جسمه على الدايسلفيرام . واثناء فترة جرعة الاختبار ، التى
تدوم ما تستمر لمدة ساعتين ، يقاس ضغط دم المريض كل عشر دقائق
حيث يحدث عادة انخفاض فى الضغط . واذا انخفض ضغط الدم

الانتقباضي عن ٧٠م زئبق يعطى المريض حقنة من عقار قابض للأوعية الدموية وانخفاض ضغط الدم الانتقباضي عن ٧٠م زئبق يكون أمرا نادرا ، ولكن على الطبيب الإعداد لهذا . وبعد الشفاء من جرعة الاختبار يلاحظ المريض مع قياس الضغط كل ثلاثين دقيقة بقية اليوم . وفي اليوم التالي يخرج المريض من المستشفى مع جرعة مستمرة يوميا عادة ٢٥ر مليجرام ، وقد تكون في بعض الحالات ١٢٥ر مليجرام . وبواصل المريض تعاطى العقار من سنة الى خمس سنوات او اكثر . واذا توقف المريض عن اخذ العقار في اى وقت فان توقفه عن تعاطى الكحول يستمر فقط لمدة اسبوعين يعاود المريض بعدها تعاطى الكحول . واذا تعاطى المريض الكحول اثناء تعاطيه الدايسلفيرام يجب وقفه تحت الملاحظة لاماكان علاجه من اى اضطراب في الدورة الدموية . وقد تحدث مضاعفات خطيرة للدايسلفيرام عندما يتعاطى المريض كمية كبيرة من الكحول . وقد ينتاب بعض المرضى اضطراب ذهاني نتيجة لتعاطى العقار ، ولكن هذا الاضطراب يزول خلال سبعة ايام عندما يتوقف اعطاء العقار . وهناك حالات يمنع فيها اعطاء الدايسلفيرام ، واكثر هذه الحالات شوعا حالة مرض الشريان التاجي . كما ان المريض الذى يعاني من الضعف وسوء التغذية يجب ان يقضي فترة اسبوعين داخل المستشفى قبل ان يعطى الدايسلفيرام . وبعض الأطباء يعطى العقار للمريض خارج المستشفى اذا راوا ان المريض واسرته اهلا للثقة ، حيث يدخل المريض لمدة يوم واحد لمعطى جرعة الاختبار .

ويجب ان يتبع العلاج بالدايسلفيرام بعلاج نفسي فردي او جماعي اذا رغب فيه المريض . فكما ذكرنا فالدايسلفيرام يقيم حاجزا يمنع المريض من تعاطى الكحول الامر الذى يستسمح للمريض ان يتقبل العلاج النفسي .

الاعتماد على العقاقير

الاعتماد على العقاقير حالة ، نفسية وايضا جسمية ، تنشأ من تعاطى العقار ، وتتميز باستجابات سلوكية وغير سلوكية ، وتتضمن دائما دافعا قهريا لتعاطى العقار باستمرار او على فترات لما له من آثار نفسية ، واحيانا لتجنب الاضطرابات الجسمية التى يسببها عدم تعاطى العقار . وقد يحدث تحمل لهذا التعاطى كما أن الشخص قد يعتمد على أكثر من عقار .

الاعتماد على المورفين وغيره من المخدرات

يبدأ الاعتماد على المورفين وغيره من المخدرات في صورة اعتماد نفسى حيث يشاقق المريض الى التخفف من التوتر والاحساس بالسعادة التى يمنحها النوم . وباستمرار تعاطى الشخص للنوم ينشأ ايضا الاعتماد الجسمى . كما ينشأ لدى المريض تحمل جسمى لتأثير العقار ، فيجد المريض ان عليه ان يتعاطى جرعات متزايدة لكي يحصل على الاحساس المرغوب فيها . ويختلف الافراد الى حد ما في الفترة الزمنية اللازمة لحدوث الاعتماد الجسمى ، ولكن في معظم الحالات يحدث الاعتماد الجسمى ، اذا تعاطى الشخص جرعة مناسبة ثلاث أو أربع مرات كل أربع وعشرين ساعة لمدة ثلاثة أو أربعة أسابيع .

والنظرية الأكثر شيوعا في تفسير الاعتماد على العقاقير المخدرة تقوم على ملاحظة ان الخصائص الاكلينيكية لأمراض التوقف عن التعاطى تكون في طبيعتها على عكس الخصائص المهدئة للعقار . فتعاطى العقار بانتظام على مدى فترة طويلة يؤدي بالجهاز العصبى المركزى وغيره من أجهزة

الجسم الى القيام بميكانيزمات تضاد وتزليل آثار العقار في محاولة من الجسم للوصول الى اتزانه السابق على الرغم من وجود العقار المخدر في الجسم . وعندما يتوقف المريض عن تعاطي العقار فان الجهاز العصبي المركزي وغيره من الاجهزة تستمر في القيام بالميكانيزمات التي كانت تضاد وجود العقار . ومع عدم وجود العقار في الجسم فان هذه الميكانيزمات تؤدي الى استثارة الجهاز العصبي المركزي وبالتالي الى اعراض التوقف عن تعاطي العقار حيث يكون المريض في حالة استثارة بدلا من حالة الهدوء ، وانسان العين متسما بدلا من انقباضه وهكذا . وبعد فترة من ١ الى ١٤ يوما بدون تعاطي المخدر يعود الجهاز العصبي المركزي الى اتزانه كما تستعيد الاعضاء الأخرى ثباتها واتزانها وتزول أعراض التوقف عن التعاطي .

الأسباب : قد تؤدي الاضطرابات الانفعالية للشخصية الى تعاطي المخدرات ، فغالبا ما يعاني الشخص من القلق والاحساس بعدم الأمن وعدم الكفاءة ويجد التخفف من هذه الاحساسات المؤلمة في التأثير المهدىء والاحساس بالسعادة التي تمنحها اياه المخدرات . كما ان بعض المتعاطين يعانون من الاضطرابات الاجتماعية في الشخصية . وهذا النمط من المتعاطين يتسم بعدم الشعور بالذنب وعدم الشعور بالمسؤولية الاجتماعية وعدم تحمل الاحباط والتمركز حول ذاته . كما انه لا يستطيع اقامة علاقات طيبة مع الآخرين ، ولا يدرك احساسات وحقوق الآخرين . ويتبع دوافعه دون اعتبار للنتائج المترتبة على افعاله .

والشخص المتعاطي يكون قد تعرض في طفولته الى اضطراب في علاقاته مع كلا الوالدين وغيرهما من الأشخاص المقربين . وفي معظم الحالات لا يكون هناك علاقة صحية مع أى شخص بالغ . وغالبا ما يمر

بمرحلة الطفولة والمراهقة مع نشأة كراهية شديدة تؤدي به الى الثورة على والديه وعلى تقاليد المجتمع .

ويشيع الاعتماد على المخدرات بين الافراد في الجماعات التي تعاني من الحرمان الاجتماعي ، فبالاضافة الى الحياة الاسرية غير المنظمة ، فان الفقر والاهمال الثقافي لهما تأثيرهما . والتعاطي بالنسبة لهؤلاء الافراد وسيلة للثورة على كل اسرهم ونظام المجتمع الذي يكرهونه .

وفي حالات نادرة يتعاطى الشخص المخدرات الى حد الاعتماد عليها عندما يعاني من حالة اكتئاب شديدة . ومسار حالة الاعتماد هنا يكون افضل من مسار معظم حالات الاعتماد الأخرى ، فغالبا ما تزول حالة الاعتماد بعد الشفاء من الاكتئاب .

كما ان هناك حالات من الاعتماد تحدث بين الفصامين ايضا وبين من يتسمون بالشخصية الفصامية ، وكذلك في حالة اضطرابات الشخصية نتيجة لمرض عضوى في المخ . وفي حالات نادرة قد يحدث الاعتماد على المخدرات عن غير قصد عند تعاطيها أثناء مرض جسمي مؤلم . وهذا النمط من الاعتماد يكون مساره جيدا . والاعتماد على المخدرات يزيد من مشاكل المريض فينسحب مشغولا بجسمه وباحساساته . ويصبح عالمه مكونا من ذاته والعقار ، ويصبح الناس والموضوعات الأخرى على هامش حياته . وتتنخفض احساساته بالجوع والام والجنس ، فالاعتماد الجسمي على العقار يسود احساساته وتفكيره . وفي علاقته يحل العقار محل الآخرين فيتحدث بمض التماطين عن العقار كما لو كان شخصا يسمون اليه لا يعطيه من سعادة ، ولأننا بلونه لا يكون للحياة معنى .

ونتيجة للاعتماد على العقار قد ينتاب المريض تدهور اجتماعي

واقصدي ، كما تشيع المشاكل الصحية ويشيع أيضا الانتحار . وكثير من المتعاطين يزاولون السرقة والاحتيال والبقاء وغيرها من الأنشطة غير المشروعة . ويصعب على المريض أن يشفى من تدهوره الانفعالي اذا ما انتابه الاعتماد على المخدرات حيث تعوقه عن الشفاء مشاكل شخصيته الأساسية ، وكذلك اعتماده الجسمي على العقار بالإضافة الى أن عالمه يتكون أساسا من متعاطين آخرين وكذلك شعوره بأنه قد اقصى عن كل المجالات الاجتماعية الأخرى .

وبعد خروج المريض من المستشفى او السجن فغالبا ما يسعى الى زملائه السابقين ويندمج سريعا في التعاطي .

ويتفق معظم الأطباء على أن مسار الاعتماد على المخدرات يكون سيئا . ويذكر بعض الأطباء أن عددا من المتعاطين يتوقعون عن التعاطي مع سن الأربعين . وقد يصدق هذا على عينات صغيرة مختارة وخاصة تلك التي تتردد على العيادات الخاصة ، وهذا لا يمثل المجموع العام .

العلاج : يمكن أن يستخدم أسلوب التوقف عن التعاطي في علاج الاعتماد على المخدرات . ويلاحظ أنه عندما يتوقف المريض عن التعاطي فإنه يتعرض لأعراض التوقف بعد ساعة من التوقف حيث ينتابه عدم الاستقرار والاضطراب والتثؤب والعرق والدموع والمغش والاضيق الى التعاطي . وبعد ٢٤ ساعة يصبح المريض في حالة من الاضطراب الشديد والاكتئاب الحاد مع فقدان الشهية ، كما يعاني من ألم شديد في العضلات والأرق . ويتسع إنسان العين كثيرا وينتانه قشعريرة واختلاج في العضلات . وتستمر هذه الأعراض في ذروتها ما بين ٤٨ ساعة الى ٧٢ ساعة ثم يبدأ المريض في التخفف من هذه الأعراض ، الأمر الذي

يستمر لمدة عشرة أيام تقريبا . وعلى أية حال فإن المريض غالبا ما يستمر في الشكوى من الضعف والقلق والارق والم هسبب فى العضل لعدة اسابيع أو أشهر .

ويجب ان يتم توقف المريض عن التعاطى فى احدى المستشفيات حيث يبدل كل جهده فى منع المريض عن معاودة التعاطى . وعند توقف المريض عن التعاطى فى المستشفى فإنه ينتقل عادة الى تعاطى المخدرات المخفلة ثم يأخذ فى التوقف تدريجيا على مدى عشرة أيام . والطريقة النموذجية تقوم على اعطاء المريض لمدة يومين ٤ . مليجرام من الميثادون كل يوم فى جرعات من ١٠ مليجرام كل ست ساعات عن طريق الفم .

وبعد اعطاء المريض هذه الجرعات لمدة يومين يبدأ الطبيب فى تقليل الجرعة تدريجيا الى أن يتم التوقف على مدى عشرة أيام . وعلى الرغم من أسلوب التوقف التدريجى فإن المريض يتعرض لبعض أعراض التوقف التى لا يمكن تجنبها . ويمكن التخفيف من اضطرابات المريض الى حد ما باستخدام الفينوثيازينز كالكلوروبرومازين اثناء فترة التوقف . فالفينوثيازينز مهدئات ليس لها خاصية الاعتماد . حيث لا يجب اعطاء المرضى مهدئات لها خاصية الاعتماد كالباربيتورات والمبروبامات ، وجلوثيميد ، والكلوردايزيبوكسيد ودايزيام وغيرها .

واذا كان المريض قد تعاطى كميات كبيرة من العقاقير المضادة للقلق او المهدئات قبل الحاقه بالمستشفى فإنه يكون قد اعتمد عليها أيضا كالمخدرات . وفى تلك الحالة يعطى المريض أيضا برنامجا مناسباً للتوقف عن تعاطيها ، اثناء عملية التوقف أيضا عن تعاطى المخدر . والمرضى الذين يعانون من مرض فى القلب أو غيره من أمراض جسمية يجب ان يتم توقفهم

بطريقة أكثر بطؤًا على مدى ثلاثة أو أربعة أسابيع . وإذا لم يعترف الشخص بالاعتماد على المخدرات أو يظهر الاعتماد بأعراض التوقف أو بمواضع الحقن وآثار الجروح في أوردته فإنه يكون من الخطورة أن يعطى الطبيب عقاقير مضادة للمخدر ، على غير رغبة المريض وبلون إرادته . ولكن يمكن استخدام هذه العقاقير فقط لانعاش المرضى الذين يتعرضون للغيوبة عند تعاطي كمية كبيرة من النوم للالتحار أو عن طريق الصدفة . وبعد توقف المريض عن التعاطي يجب أن يبقى في المستشفى لمدة أربعة أشهر على الأقل للتأهيل . وفي كثير من الأحيان يجب أن تكون مدة الرعاية في المستشفى ستة أشهر أو ثمانية . فالمرضى الذين يتركون المستشفى في أقل من أربعة أشهر قد يعاودون التعاطي . وبالإضافة إلى القوائد العلاجية المباشرة لوجود المريض في المستشفى فإن الأمر يتطلب من أربعة أشهر إلى ستة أشهر لكي يفقد المريض اشتياقه للعقار . وهذه الفترة من الزمن تساعد المريض أيضا على أن يقطع علاقاته بالمتعاطين الآخرين الذين كانوا زملائهم . ويشعر معظم الأطباء بصعوبة ادماج معظم المدمنين في علاج نفسي فردي له فائده . فتمركز المريض الشديد حول ذاته ، وعدم امكانيته في إقامة علاقات طيبة مع الآخرين وثورته ضد التقلبد الاجتماعية أو السلطة كلها تؤدي إلى صعوبة العلاج النفسي . وربما يكون العلاج النفسي الجماعي أكثر فائدة لعلاج المتعاطين . وبحاجة المريض للتخطيط الدقيق قبل خروجه من المستشفى حيث يجب استشارة اقاربه لتنظيم العلاقات التي قد يدخل فيها حتى لا يسمى إلى زملائه القدامى في التعاطي . ومهما يكن من فاعلية خطط العلاج فإن معظم المرضى يعاودون التعاطي بعد تركهم للمستشفى فمسار الاعتماد على المخدرات يكون سيئا .

ويمكن علاج المريض دون أن يلحق بالمستشفى وذلك بإعطائه جرعة

من مخدر الميثادون ما بين ٥٠ الى ١٠٠ مليجرام أو يزيد يوميا عن طريق الفم ، مع تعديل الجرعة ليظل المريض في حالة ارتياح ولكن لبس الى الحد الذي يهدأ معه ، وتقديم العلاج النفسى الفردى أو الجمعى والارشاد المهنى وخدمات التوظيف عندما يثبت على الميثادون ويتردد على العيادة بانتظام . ويمكن فحص بول المريض من وقت لآخر للكشف عما اذا كان المريض يتعاطى مخدرا كالورفين أو الهوروين أم لا .

والثيودون لاستخدام الميثادون يشعرون ان هذا الاسلوب يححر المريض من الاعتماد على الذين يمدونه بالنوميات كما انها تخفض عدد الجرائم التى يرتكبها التعاطون للحصول على الاموال اللازمة لشراء العقاقير كما يؤدى هذا الاسلوب تدريجيا الى التاهيل الاجتماعى والمهنى . وعلى اية حال فنسبة قليلة من المرضى يتوقفون عن التعاطى نتيجة لاستخدام الميثادون .

الاعتماد على الباريتيورانس وغيرها من الهنات والعقاقير المضادة للقلق

قد يؤدى تعاطى العقاقير المهدئة الى الاعتماد عليها ، وتتضمن هذه العقاقير الباريتيورانس ، والكورالهدرات ، وجلوتثيميد ، وبارالدهيد وغيرها . ويحدث الاعتماد ايضا للعقاقير المضادة للقلق التى تتضمن الكلوردايزيبوكسيد والميروبامات ودايزيبام وعقاقير اخرى . وكل هذه العقاقير اذا تعاطاها الشخص مرتين أو اكثر كل يوم بجرعات كبيرة لمدة عدة اسابيع أو يزيد فانها قد تؤدى الى الاعتماد الجسمى فاذا توقف الشخص عن تعاطيها فجأة فانه يتعرض لاعراض التوقف التى تتضمن الهذيان والتشنجات . وكمية العقار التى يجب ان يتعاطاها الشخص وطول المدة التى يجب ان يستمر أثناءها فى تعاطيه للعقار لاحداث

الاعتماد تختلف من عقار الى آخر . فالشخص الذى يتعاطى ٨٠٠ ملجرام من الباربيتورات فى جرعتين او اكثر يوميا لمدة ستة اسابيع او اكثر يتعرض لاعراض توقف واضحة عندما يتوقف عن تعاطى العقار . وتضمن اعراض التوقف القلق والضعف والأرق والارتعاش ، وفى بعض الأحيان ينتاب الشخص اضطراب ذهاني مع هلاوس بصرية ، واضطراب يشبه الهذيان الارتعاشي ، وغالبا ما يحدث تشنجات . وعلى اية حال فالجرعات التى يجب ان يتعاطاها الشخص من المهدئات والعقاقير المضادة للقلق لاحداث الاعتماد تكون عادة ثلاثة اضعاف الجرعات التى ينصح بها الطبيب يوميا او يزيد . فالاعتماد على الميبروبامات يحدث عندما يتعاطى الشخص ١٢٠٠ ملجرام او اكثر ثلاث او اربع مرات كل اربع وعشرين ساعة بحيث يصل مجموع ما يتعاطاه يوميا ما بين ٣٦٠٠ ملجرام و ٤٨٠٠ ملجرام او اكثر .

وفى كثير من الحالات فان الشخص الذى يعتمد على الباربيتوراتس او غيرها من العقاقير المهدئة والمضادة للقلق يعاني من اضطراب عصبي مع كثير من القلق . فقد يعاني من حالة قلق مزمن ومخاوف شديدة او من عصاب الوسواس مع قلق مصاحب ، وتعاطى المهدئات او العقاقير المضادة للقلق فى جرعات متزايدة يخفف من القلق الذى لا يتحكم فيه الشخص حتى يصبح معتمدا عليها . وفى حالات أخرى يسوء المريض الذى يعاني من حالة الاكتئاب استخدام المهدئات والعقاقير المضادة للقلق لتخفيف من شعوره بالذنب واضطرابه وخزنه . وقد يتعاطى المراهقون والشباب المهدئات والعقاقير المضادة للقلق للحصول على احساسات بالاسترخاء والنشوة والابتهاج التى تحدثها هذه العقاقير . والشخص الذى يعاني من اضطراب الشخصية اللا اجتماعية قد يسئ استخدام (٢٠ م - الطب النفسى)

المهدئات كوسيلة للشورة على العادات الاجتماعية التي تحرم استخدام تلك العقاقير .

والاعتماد على المهدئات والعقاقير المضادة للقلق لا يرتبط عادة بتدهور شديد في الوضع الاقتصادي والاجتماعي ، ولا يرتبط ايضا بتدهور في العلاقات مع الآخرين الامر الذي يصاحب الاعتماد على المخدرات .

كما ان مسار المرض يكون افضل في حالة المهدئات والعقاقير المضادة للقلق منه في حالة المنومات . ومع ذلك فالاعتماد على المهدئات والعقاقير المضادة للقلق يشكل ايضا مشكلة طبية خطيرة ، حيث يعاني المريض عادة من مشاكل انفعالية شديدة تؤدي به الى سوء استخدام العقار . ويشيع معاودة المريض لتعاطي العقار بعد التوقف عن تعاطيه ، ولكن التوقف عن التعاطي لمدة طويلة يكون اكثر احتمالا منه في حالة الاعتماد على المخدرات .

العلاج : ولعلاج الاعتمادات على المهدئات والعقاقير المضادة للقلق يجب ان يلحق المريض بالمستشفى حيث يمكن وضعه تحت رعاية طبية دقيقة . ويثبت المريض على اى مستوى من الباربيتورات او اى عقار آخر . كان المريض يتعاطاه ثم يتوقف المريض عن التعاطي تدريجيا على مدى ثلاثة اسابيع ، ويجب ان يعطى ١٠٠ ملليجرام من الدايفينيل هايدانتيون مرتين في اليوم للوقاية من التشنجات التي تحدث اثناء فترة التوقف . وبعد التوقف يجب ان يبدأ المريض في العلاج النفسي في المستشفى واستمرار هذا العلاج بعد خروجه منها . والمريض الذي لا يستطيع الاندماج في العلاج النفسي الفردي يمكن ان يستفيد من العلاج النفسي الجماعي . وقد يعيد البرنامج التأهيلي في عودة المريض الى نشاطه الدراسي أو المهني .

الاعتماد على الامفيتامينز وغيرها من العقاقير النشطة

على الرغم من ان بعض الاطباء يرى ان الشخص يتعرض لاعتماد جسمي بسيط عند تعاطي الامفيتامينز ، فان معظم الاطباء يرى ان الاعتماد الجسمي على هذه المجموعة من العقاقير لا يحدث ، ولكن المريض قد يعتمد عليها انفعاليا . واكثر الامفيتامينز سوءا للاستخدام عقسار الامفيتامين ، والميثامفيتامين ، والدكستروامفيتامين . وتعاطي الشخص العقار عادة عن طريق الفم . ولكن بعض الاشخاص يستخدمونه عن طريق الوريد . وتعطى هذه العقاقير الشخص الذي يتعاطاها شعورا بالمرح والحيوية والثقة بالنفس . والمريض الذي يعتمد انفعاليا على هذه العقاقير قد يتعاطى منها جرعات يومية من عدة مئات من المليجرامات او يزيد . ويتعاطى جرعات كبيرة ينتاب المريض حالة من النشاط الزائد والارتعاش والاضطراب والتشتت ، ويفقد شهيته وينقص وزنه وغالبا ما يكون نحىلا وشاحب اللون . وقد يؤدي سوء استخدام الامفيتامينز الى الذهان التسمي ، وحيانا الى نوبات من الفصام البارانويد في حالة الشخص ذى الشخصية الفصامية . وحيانا يؤدي سوء الاستخدام الى الموت والى التعرض للاصابة بالجراح او حوادث الموت عندما يكون تحت تأثير العقار . كما ان سوء استخدام الامفيتامينز قد يؤدي الى اصابات عضوية في المخ قد تكون قاتلة أحيانا .

.....

والشخص الذى يعتمد على الامفيتامينز يعانى بوضوح من اضطرابات فى الشخصية ، ففي كثير من الحالات يعانى من احساسات شديدة بعدم الامن الانفعالى وعدم الكفاءة . وفي حالات أخرى يعانى من اضطرابات الشخصية الاجتماعية ، واستخدام العقار يكون كوسيلة لثورته ضد التقاليد الاجتماعية والسلطة . ويستخدم بعض المراهقين والشباب

الامفيتامينز أحيانا لكى يظلوا فى حالة يقظة أثناء الاستذكار استعدادا
للامتحانات .

العلاج : يجب ان يلحق الشخص الذى يعتمد على الامفيتامينز
بالمستشفى ويتوقف فى الحال عن تعاطيها ويعطى جرعات من المهدئات .
وعلى الرغم من أن الباربيتورات أو الكلوردايزيكسيد . تعتبر العقاقير
المفضلة لهذا الغرض ، إلا أن الفينوثيازينز تفضل أحيانا حيث لا يحدث
اعتماد عليها ، كما فى حالة الباربيتوراتس وغيرها من العقاقير المضادة
للقلق . ويجب أن نتبع توقف تعاطى العقار ببرنامج للعلاج النفسى
والتأهيل الاجتماعى . وكثيرا ما يعاود الاشخاص تعاطى الامفيتامينز بعد
الخروج من المستشفى ولكن مسار المرض يكون افضل منه فى حالة
الاعتماد على المخدرات .

الهالوسينوجينز

وأكثر هذه العقاقير استخداما عقار الال . اس . دى . الذى قد
استخدم بكثرة بسبب ما يحدثه من احساسات بالابتهاج ، ثم قل
استخدامه لما له من مضاعفات . وينتاب الشخص الذى يتعاطى العقار
تغيرات واضحة يصفها الشخص بحالة من التعاطف والافتنان والرهبة ،
وغالبا ما ينتاب الشخص أيضا الهلوس البصرية ، ويرى الأشياء فى غير
أشكالها الأصلية . وكثيرا من المواد الكيميائية التى تصنف مع الهالوسينوجينز
كالميسكالين والبسيلوسيبين ، قد تؤدي الى ما تحدثه الهالوسينوجينز
من تأثيرات . وهذه التأثيرات أيضا تحدث عند استنشاق ادخنة بعض
الأصماغ العضوية ، ومزيلات الروائح الكريهة وغيرها من مواد .

وتحاول نسبة من المراهقين والشباب تجريب هذه العقاقير ، إلا

أن عددا صغيرا جدا يستمر في تعاطيها بانتظام . والأشخاص الذين يعانون من قلق شديد واكتئاب وشعور بالنقص وعدم الأهمية وغيرها من اضطرابات قد يجدون ارتياحا كبيرا في هذه العقاقير . كما أن هذه العقاقير قد يكون تعاطيها وسيلة للثورة على الآباء والسلطات .

وقد ينتاب الأشخاص الذين يكثرون من استخدام هذه العقاقير التدهور الاجتماعي والدراسي والمهني . وعلى الرغم من أن الشخص قد يعتمد نفسيا على العقار إلا أن الاعتماد الجسدي قد ينتابه أيضا .

وعقار الال . اس . دى عقار له ردود فعل سيئة . ففي بعض الحالات يؤدي إلى حالات ذهانية تشبه الاضطرابات الفصامية ، وهذه النوبات قد تستمر من عدة ساعات إلى عدة أشهر أو يزيد . ويرى بعض الأطباء أن هذه الاضطرابات ، اضطرابات فصامية حقيقية تنتاب الأشخاص الذين يتميزون باضطرابات الشخصية الفصامية ، بينما يرى البعض أنها استجابات تسممية غير مفهومة كثيرا . وعلاج هذه الاضطرابات يشبه علاج الفصام إلى حد ما . وينتاب بعض الحالات عدة دقائق ، الهلوس البصرية بعد عدة ساعات أو أيام من زوال الاستجابات الأساسية للعقار ، وإذا حدث هذا أثناء قيادة الشخص السيارة أو العمل على إحدى الآلات فإنه قد يتعرض لأصابات خطيرة . وهناك بعض الأدلة التي يدور حولها الجدل على أن عقار الال . اس . دى قد يسبب تشوهات في الأجنة إذا ما تعاطاه النساء الحوامل . كما أنه يؤدي إلى تغيرات كروموسومية في كل من الذكور والإناث . ولا يوجد أدلة كافية على خطورة الهالوسينوجينز الأخرى كاليسكالين والبنيلومينيين . ولكن معظم الأطباء يرى أن استخدامها بكثرة يؤدي إلى الأمراض التي تظهر في حالة عقار الال . اس . دى (١٠)

العلاج : عند تعرض الشخص لاضطراب ذهاني أو عصبي شديد نتيجة استخدام عقار الأل.ام.دئ ، يجب أن يلحق بالمستشفى ويعطى جرعات كبيرة من الفينوثيازين ، والمريض غير المتعاون قد يعطى جرعات في العضل من ٥٠ مليجرام من الكلوربرومازين كل أربع ساعات . وبعد شفاء المريض من الاضطراب الحاد يجب أن يبقى المريض في المستشفى للعلاج النفسي الفردي أو الجماعي وللتأهيل الاجتماعي والمهني . كما أن الشخص الذي يتعاطى الهالوسينوجينز يجب أن يقف على مدى خطورة هذه العقاقير وأن يخضع للعلاج النفسي الذي يحتاجه ليتوقف عن تعاطيها .

الحشيش

يحدث تعاطى الحشيش الاحساس بالنشوة والابتهاج والسعادة كما تحدث الهلاوس وعدم الادراك الزمني والمكاني . ولا يحدث اعتماد جسدى ولكن قد يعتمد الشخص نفسيا عليها لما لها من تأثير سار . والشخص الذى يتعاطى الحشيش نادرا ما يرتكب أفعالا لا اجتماعية او اجرامية عندما يكون تحت تأثيرها ، على الرغم من انه قد يرتكب أفعالا جنسية منهورة ويسلك سلوكا يتسم باللامسؤولية والنشوة والاحساس بالاسترخاء والابتهاج التى يؤدي اليها الحشيش ، وقد يدفع الى تعاطيه بعض الاشخاص من الذين يعانون من شعور شديد بعدم الكفاءة أو لامن أو النقص أو القلق أو الاكتئاب . وعدد قليل ممن يتعاطون الحشيش بانتظام يعانون من اضطراب الشخصية الاجتماعية حيث يستخدمونها كوسيلة للثورة على الآباء والسلطات الذين يحرمونها . ونسبة قليلة ممن يتعاطون الحشيش يتعيزون بمسار وظيفى غير منتظم وحياة دراسية لا مسئولية فيها ، وتدهور اجتماعى واقتصادى . وعلى

أية حال ، يرى كثير من الأطباء أن معظم الأشخاص الذين يتعرضون لهذا قد يسرون بنفس المسار دون تعاطي الحشيش . ولهذا فمعالج الجدل حول خطره مستمرة . كما أن بعض الأطباء يرى أن تعاطي الحشيش يؤدي إلى اضطرابات ذهانية وعصبية ، ولكن ما زالت الأدلة توضح أن نسبة الحالات الذهانية والقصامية بين من يتعاطونه لا تزيد عنها بين المجموع العام . وحالة التسمم الحاد بالحشيش تتضمن إحساسات بالنشوة واضطرابات نفسحية حيث تبدو الأشياء والأشخاص في حجم وأشكال غير عادية . كما يوجد اضطراب حركي شديد وينتاب الشخص حالة من الثرثرة والضحك والبلقاء . وتزداد الرقبة الشبقية .

والأشخاص الذين يتعاطون الحشيش يتعرضون لتدهور دراسي أو مهني أو اقتصادي أو اجتماعي ، ويجب أن يخضعوا لعلاج نفسي فردي أو اجتماعي ، كما أن البعض يمكن أن يستفيد من خدمات التأهيل المهنية والاجتماعية . وفي تلك الحالات يجب أن يتوقف الشخص عن التعاطي .

الكوكايين

تعاطي الكوكايين لا يؤدي إلى الاعتماد الجسمي عليه ولكنه يؤدي إلى الاعتماد النفسي حيث يعطى الإحساس بالإنهاج والسعادة .

والذين يتعاطون الكوكايين يتعرضون لتدهور أكثر شدة مما يحدث عند سوء استخدام العقاقير الأخرى ، فيشيع التدهور الاجتماعي ، الانغمال الواضح حيث أن المريض يقصر حياته على المقار وما يحدث من إحساسات . وعدد غير قليل ممن يتعاطون الكوكايين يتعرض لاضطرابات ذهانية تسممية مع هلاوس وهذات اضطهادية . ويمكن أن يحدث الانتحار أو القيام بجريمة قتل أو عملية تخريب أثناء التوابع

الذهانية ، وقد ينتاب الذين يتعاطون المقار لمدة طويلة هلاوس حسية
بأن الحشرات تزحف تحت جلودهم . ويمكن أن تؤدي الجرعات الزائدة
إلى ارتفاع في درجة الحرارة وإلى التشنجات والهلين والموت .

والشخص الذي يتعرض لحالة اضطراب نتيجة تعاطي الكوكايين
يجب أن يلحق بالمستشفى ويعطى الباربيتورات تهدئته . وبعد ذلك
يخضع للعلاج النفسي الفردي أو الجماعي إذا رغب فيه . كما يقدم له
خدمات التأهيل المهني والاجتماعي .

الاضطرابات النفسجسمية

لقد أصبح من الواضح أن العوامل النفسية لها تأثيرها الفعال على أجهزة الجسم المختلفة . فهناك علاقة وثيقة بين البعد النفسى والبعد الجسمى فى الفرد ، وأن هذين البعدين مساران للتصير عن وظائف الانسان . ويتضح هذا من المسارات العصبية بين مراكز الانفعالات كالنالموس والهيپوثالموس والجهاز الطرفى والتكوين الشبكي من الجهاز العصبى وبين أجهزة الجسم الأخرى .

والمرضى الذى يعانى من مرض نفسجسمى ، يعانى من مرض جسمى يرجع جزئيا أو كليا الى عوامل انفعالية . غير أن هناك بعض الأطباء يستخدمون مفهوم الطب النفسجسمى بمعنى أشمل ، حيث يرون أن مسار أى مرض جسمى قد يتأثر بحالة القرد الانفعالية حتى ولو لم يكن للعوامل الانفعالية دور فى نشأة المرض . فمرضى السل المكتئب مع تشاؤمه وقلة اهتمامه باتباع برنامجة الطبى غالبا ما تقل درجة تحسنه عن المرضى المتفائلين لدى الرغبة الشديدة فى الشفاء . وبهذا يجب النظر الى كل مرض كاضطراب ينتاب القرد بأبعاده الجسمية والانفعالية والاجتماعية . فلا يمكن دراسة المرض مع تجاهل المريض الذى يعانى منه .

ولكننا سنقتصر فى فهمنا لمفهوم الأمراض النفسجسمية على تلك الأمراض التى تقوم العوامل الانفعالية بدور هام فى نشأتها . ونتناول بعض الأمراض فى ضوء هذا الفهم .

اضطرابات الجهاز الدورى الدموى

الضغط النفسى الذى يسبب القلق يزيد من سرعة نبض القلب ودفع الدم وارتفاع ضغط الدم ، كما يؤدى الى تغيرات فى انتظام عمل القلب . ويرتبط الاكتئاب والياس بقله سرعة نبض القلب ودفع الدم وانخفاض ضغط الدم .

والاضطراب الذى يعرف بالوهن العصبى الدورى والذى يتميز بصعوبة التنفس وسهولة التعب وزيادة سرعة نبض القلب ، والارتعاش والاعياء والدوار والصداع والخوف من المجهود ، لا يرجع الى اصل عضوى ولكنه يرجع الى اصل نفسى حيث يصاحب هذه الاعراض الجسمية اعراض من القلق تظهر فى الاحلام المزعجة والتشاؤم وعدم الاستقرار . كما ان معظم الذين يعانون من هذا الاضطراب يتسمون بالاعتماد على الغير وعدم النضج . وتشير البيانات الاكلينيكية الى ان الضغط النفسى يؤدى الى مرض الشريان التاجى والذبحه الصدرية . غير ان هذه الحالات تحددها عوامل ممتدة تتضمن الاستعدادات الوراثية للتمثيل الغذائى للدهون . ومن امراض الجهاز الدورى هنا :

ضغط الدم المرتفع

يجب الا نعتقد بأن العوامل النفسية وحدها تؤدى الى ارتفاع ضغط الدم . فضغط الدم ليس مرضا معينا ولكنه رد فعل جسمى قد ينشأ من اسباب مختلفة .

ويرتفع ضغط الدم القابض لدى معظم الافراد احيانا فى حالة الاستثارة او الغضب او القلق . ويعتقد كثير من الاطباء أن التوتر

الانفعالي نتيجة مشاكل الفرد المختلفة قد يؤدي الى ارتفاع ضغط الدم الاساسي . وارتفاع ضغط الدم هذا قد يؤدي في حينه الى اضطراب الكليتين والدورة الدموية الذي يؤدي الى استمرار ارتفاع ضغط الدم .

وكثير من مرضي ضغط الدم المرتفع يتسمون بالسلبية والخضوع وكبت الفضب ، كما يتسم البعض بالعصائية والدقة الزائدة والانفعال القهرية .

ويعانى بعض المرضي من اعراض في الجهاز الهضمي واضطرابات في الراس وتعب . غير ان تلك الاعراض لايمكن ارجاعها الى ارتفاع ضغط الدم ذاته ، ولكن ربما تكون نتيجة لنفس العوامل الانفعالية التي ادت الى ارتفاع ضغط الدم . ومع معرفة المريض بمرضه فان الخوف قد يسود الصورة الاكلينيكية .

وعلاج ارتفاع ضغط الدم يجب ان يشتمل على العلاج النفسي الذي يساعد المريض على مواجهة مشاكله كلما أمكن ذلك وحل الضغوط . الامر الذي قد يخفض من ارتفاع ضغط الدم .

زيادة سرعة نبض القلب

.....

غالبا ما تكون زيادة سرعة نبض القلب عرضا جسميا لمصاب قلق حاد او مزمن . وغالبا ما يخشى المريض من ان تكون زيادة سرعة النبض لها علاقة بمرض القلب . وهذا الخوف يزيد من توتر القلب الاصلى الذي ترجع اليه زيادة سرعة النبض .

والمرضى الذى يعانى من زيادة سرعة نبض القلب والخوف من مرض القلب غالبا ما ينتابه التعب والدوار وقصر التنفس والم الصدر

بالخوف من اى مجهود جسمى . ومجموعة الاعراض هذه عندما تصبح
مرمنة تعرف احيانا بمجموعة أعراض المجهود .

وعلاج مجموعة الامراض هذه يقوم على علاج عصاب القلق الحاد
والمزمن وعصاب الوسواس الذى يرجع اليه المرض .

مرض الشريان التاجى

لقد لوحظ اكلينيكيًا ان الضغط الانفعالى قد يؤدى الى الذبحة
الصدرية . فالقلق والغضب والاستشارة قد تزيد من سرعة نبض
القلب ، مما يزيد من حاجة القلب من الدم ، الامر الذى يؤدى الى
الذبحة الصدرية اذا كان الفرد يعانى من عدم كفاءة الشريان التاجى .
ولقد اتجهت الدراسات الحديثة لمرضى الشريان التاجى الى الاخذ بنظرة
شاملة لحياة المرضى . فاوضحت هذه الدراسات ان الفرد الذى يتعرض
لمرض الشريان يعمل كثيرا ، مع وقت قليل للترويح ، ويشتمل غذاؤه
على نسبة مرتفعة من الدهون كما أنه يدخن كثيرا . وينظر الى هذه
انعوامل على انها نتاج لتكوين شخصية المريض .

والاتجاه فى البحث النفسجسمى يأخذ فى اعتباره النظر فيما وراء
خصائص شخصية المريض ، والكشف عن كيفية تأثير تكوين شخصية
المريض فى عادات تغذيته واستخدامه للدخان وغيره من المواد الضارة
ونظام عمله وانشطته الترويحوية وطموحه الاجتماعى والاقتصادى .

صداع الراس النصفى

على الرغم من أن الخاصية الواضحة لصداع الراس النصفى هي
توبات الصداع فى نصف الرأس عادة ، فان مجموعة الاعراض تتكون من
اضطرابات فى الوعية وغيرها من أعراض جسمية مع اضطراب الحالة

المزاجية أيضا في الاشخاص الذين يتميزون بشخصية تنسم بالاغراط في الدقة . وقبل بدء الصداع ، يبدأ هناك ولمدة بضع ساعات او ايام دليل على تغير الحالة المزاجية مع زيادة في انقباض الاوعية الدموية وخاصة اوعية الرأس . والاستثارة ، وحدة الحالة المزاجية في هذا الوقت غالبا ما ترتبط باحمرار او اصفرار الوجه تبعا لانقباض او اتساع الاوعية الدموية التي توجد خارج الجمجمة . وتحدث اضطرابات بصرية كالعتيمات البصرية والابصار النصفى في ١٥ في المائة من المرضى قبل الصداع بساعة او بساعتين تبعا لانقباض الاوعية الدموية في الشبكية . وعندما تختفى هذه الاعراض يبدأ الصداع النصفى ، ويرجع الصداع الى تمدد الشرايين التي تغذى الرأس ، وقد يزول الصداع بفعل العقاقير القابضة . ومع استمرار تمدد الشرايين لعدة ساعات يحدث استسقاء او ليونة في الاوعية الدموية التي لا تستجيب عندئذ للعقاقير القابضة . وهنا يحدث احمرار العين او تدميعها وانتفاخ الفشاء المخاطى البطن للانف ، كما يحدث في حالة بعض المرضى انقباض مؤلم لمعضلات الرقبة . وقد يحدث في حالة البعض الآخر غثيان وقىء ، او احتباس للسوائل وغيرها من الظواهر .

ويبدو ان المرضى الذين يعانون من صداع الرأس النصفى ينحدرون من اسر محافظة تهتم بالتحصيل وتطلب من اطفالها الالتزام بأنماط سلوكية تحد من التعبير المباشر عن العدوان سواء لفظيا او جسميا ، وعلى ذلك تكبت الاحساسات العدوانية . واثارة الغضب او الرغبات العدوانية تؤدي الى الصراع والقلق ، مما يؤدي الى استجابة مرضية للتفدية العصبية للاوعية الدموية وبالتالي الى الصداع . واثارة الدافع الجنسى الذى يرفض ، قد يؤدي أيضا الى الغضب ونتيجة لذلك يظهر الصداع .

وتتميز شخصية الفرد الذى يعانى من صداع الرأس النصفى
باخذ الآخرين فى الاعتبار ، وال ضبط والهدوء الظاهرى والافراط فى
الدقة . وقبل نوبة الصداع مباشرة قد تتضح بعض سمات الشخصية
والحالة المزاجية التى تعبر عن القضب الخفى . وكثيرا ما يوجد تاريخ
اسرى لصداع الرأس النصفى .

وينتجه علاج النوبة الحادة من الصداع الى ازالة الاعراض
بالمقايير القابضة للاوعية باعطاء المريض عن طريق الڤم ١ مليجرام من
ارجوتامين تارترات او ١٠٠ مليجرام من كافين صوديوم بنزوات ، كل
٣ دقائق الى أن يصل عدد الجرعات الى ست . واذا انتاب المريض
الغثيان او القيء ، فقد يعطى حقنة بجرعة ٢٥ او ٥٠ مليجرام من
ارجوتامين تارترات تحت الجلد وكوقاية من الصداع يعطى المريض
ميثى سرجيد ماليت ، بجرعة ثلاث مرات يوميا . وهذا العقار المضاد
لنسيروتونين لا يكون له قيمة فى ازالة النوبة الحادة . وله مضاعفات من
الغثيان والدوار وآلام المعدة وعدم الاستقرار والتثاقل وانقباض
عضلات الساق . ويمنع العقار فى حالات الحمل وامراض الجهاز
الدورى الدموى .

وينصح بالعلاج النفسى عندما تكثر نوبات الصداع او تؤثر على
نوافق المريض . ويجب أن يوجه العلاج ليسمح بتعبير بناء ومباشر
للقضب والدوافع العدوانية ويقلل من عمليات الضبط الزائدة .

اضطرابات الجهاز الهضمى

تمتد أعراض اضطرابات الجهاز الهضمى من تلك الأعراض التى
تظهر فى التحويل الفمى الى أعراض الاضطرابات التى تنساب المعدة

والامعاء الدقيقة والامعاء الغليظة وما يتصل بها من اعضاء . واكثر هذه الاضطرابات شيوعا فقدان الشهية والغثيان والقيء والاسهال والامساك . واقلها شيوعا التهاب الفم والام الفكين . ومن الاضطرابات ايضا انقباض القولون او التهاب الفشاء المخاطي المبطن له مع الاسهال والامساك ، وبالإضافة فان البدانة وفقدان الشهية العصبى يمكن اعتبارهما من الاضطرابات النفسجسمية للجهاز الهضمى .

اضطرابات الفم

يعتبر الفم مركزا لكثير من الاعراض الانفعالية لما له من علاقة بين الطفل وامه منذ السنوات الاولى من حياة الطفل . وتظهر هذه الاعراض فى صورة مص قهري أو حركات مضغ . ويعانى بعض المرضى من عادات غير سوية فى المضغ . ووجود هذه العادات يؤدى الى ألم وقد يؤدى الى اصابة التركيب الفمى . والالام الناتج عن العادات غير السوية فى المضغ والمضغ قد ينشأ فى المفاصل الصدغية الفكية ايضا ، مما قد يؤدى الى ألم فى الوجه . وعندئذ ينتشر الألم الى اللسان والفشاء المخاطي المبطن للفم الامر الذى ينتاب غالبا الشخصية الهستيرية والوسواسية . وجفاف الفم الزائد غالبا ما يرجع الى اضطراب عصائى . ولقد وجد أن معظم المرضى الذين يعانون من ألم فى اللسان والفشاء المخاطي المبطن للفم ، يتسمون بالقلق المزمن . ومشكلة الكثير منهم الخوف من مرض السرطان . وتتميز حياة كثير من النساء بالفراغ وعدم الاشباع الجنسي والجمود والكراهية . والضغط على الاسنان المستمر عند البالغين حتى فى أثناء النوم ، يعانى منه الاشخاص الذين يتسمون بالاعتماد على الآخرين ، كما انه يعبر عن كراهية شديدة . ويبدو انه يحدث كلزمة عصبية يتسم بها الاشخاص الذين يعانون من حالة وسواس . وقد (م ٢١ - الطب النفسى)

ترتبط هذه الحالة بعادة مص الاصبع لدى الاطفال . ويقوم العلاج على تحبيل الشخصية والعوامل الموقفية التي واجهت المريض . ولقد استخدم العلاج بالمعاقير بنجاح في بعض الحالات عندما ترتبط الاعراض بدهان انتكاسي .

القرحة المعدية

يؤدي القلق والعدوان الى زيادة نشاط الدورة الدموية في القناة الهضمية كما يؤدي الى زيادة افرازاتها وحركتها . وهذه الزيادة في النشاط تؤدي الى تفتيت الغشاء المخاطي ، الامر الذي يؤدي الى تكوين القرحة .

ولقد اجريت عدة دراسات على المرضى الذين يعانون من القرحة المعدية ، فكتشفت هذه الدراسات عن ان حاجة المرضي الى العطف لم تشبع ، كما يتميزون بالحاجة الشديدة الى الاعتماد الانفعالي على الآخرين . وعلى اية حال فغالبا ما تختفى هذه الحاجة خلف ستار من الاكتفاء الذاتي والسعي الى النجاح المهني والاجتماعي . ويفيد نشاط المريض في اشباع احساساته العميقة بعدم الامن والحصول على اعتراف وتقدير الآخرين من حوله . ويبدأ تكوين القرحة عندما يواجه المريض ضغوطا في علاقاته او عندما يعاني من تدهور في وضعه المهني او الاجتماعي ، الامر الذي قد يقلل من احترام وتقدير الآخرين له .

ويتميز بعض المرضى بالانزالية والاعتماد والسلبية ويكتون احساساتهم بالعدوان وينقصهم النشاط في التحصيل الذي يميز كثيرا من مرضي القرحة . ومن الواضح الآن ان أي صراع يؤدي الى القلق . يؤدي الى زيادة النشاط المعدي وبالتالي الى القرحة .

وتدل أساليب العلاج على أن العلاج بأسلوب التحليل النفسي يؤدي إلى نتائج طيبة .

التهاب الفشاء المخاطي للقولون

تظهر أعراض هذا الاضطراب في الأمساك والبراز المختلط بالمخاط وقطع من الفشاء المخاطي المبطن للقولون ، كما تتميز شهية المريض بالضعف ويشيع انتفاخ المعدة والاحساس بالثقل أو الألم بعد تناول الطعام ، كما يشيع الفتيان وغيره من الأعراض المعدية ويتسم كثير من المرضى بالوهن ويظهرون نقصا في الحيوية .

التهاب القولون القرحي

لقد لوحظ أن هناك علاقة بين الضغط النفسي وبداية ظهور التوبات بعد ثلاثة أو أربعة أسابيع من تهديد فجائي لأمن المريض نتيجة موت عزيز أو فقدان عضو من الجسم أو الفشل في الدراسة أو العمل أو غيرهما من الأسباب التي تقلل من احترام الذات . وتدل الدراسات على أن المشاكل الانفعالية تقوم بدور ذي دلالة في الإصابة بهذا المرض ، ولكن هناك أطباء يعتقدون أن هناك عوامل أخرى لم تكشف الدراسات عنها بعد ، لها دورها في الإصابة . وتشير كثير من الدراسات إلى أن المرضى يعانون من كبت شديد للغضب والكراهية وأن نوبات المرض تظهر عندما شار غضب الفرد وكراهيته . والعوامل الانفعالية هذه لها تأثير واضح على فسيولوجية القولون حيث تؤدي إلى زيادة نشاط الدورة الدموية والافراز والحركة في القولون . وهذا النشاط الذي يؤدي إلى الالتهاب يمنع أيضا شفاؤه . ويقوم العلاج أساسا على العلاج الطبى ، حيث أن العلاج النفسي لا يؤثر بفاعلية على الإصابة . ولكن هناك أدلة على أن الذين

يخضعون للعلاج النفسي لمدة طويلة يظهرهم تحسنا اذا ما قورنوا
المرضى الذين يخضعون للعلاج النفسى لمدة قصيرة .

البدانة

لقد فهمت البدانة الى حد كبير من منطلق زيادة دافع تناول
الطعام وحاولت الدراسات الفسيولوجية والنفسية فهم مصدر هذا
الدافع المرضى . ومن هذه الدراسات تبين ان دافع الافراط فى تناول
الطعام يجب ان ننظر اليه على انه مشكلة معقدة لا تقتصر على مجرد
زيادة دافع اشباع الحاجة الى الطعام . فبالنسبة لمعظم المرضى يحتمل ان
تكون المؤثرات الوالدية هى المحددات الغالبة للبدانة . وبدون ادراك
هذه المؤثرات واخذها فى الاعتبار يفشل غالبا علاج البدانة . ومن
المقبول الآن فى كثير من الدوائر الطبية ان زيادة ٢٠ فى المائة فى الوزن
عن معدل الوزن لسن معين ولجنس معين يشكل حالة مرضية . وتحدث
الزيادة فى الوزن غالبا فى الجو الاسرى الذى يسعى فيه الوالدان لتعويض
احباطهما وخيبة املهما بارتباطهما بطفلهما . ففى معظم الحالات تكون
الأم مسيطرة ونفرت فى رعاية طفلها بما فى ذلك دفعه لتناول الطعام .
وغالبا ما تكون توقعات الأم من حيث تحصيل طفلها مرتفعة ، كما لا يعنى
بالطفل على انه فرد له مشاكله الخاصة التى تتطلب الدعم الانفعالى ،
فيفشل فى الاعتماد على نفسه وتحقيق ذاته . وغالبا ما تمكس اتجاهات
الأم مشاكلها ، وتبدو لنفسها وكأنها تسعى لان تجنب أطفالها تلك
المشاكل التى كانت تعاني منها . وفى كثير من الحالات يكون الطفل البدين
طفلا غير مرغوب فيه ، وغالبا ما يتقبل وضعه بطريقة سلبية دون ثورة
لاشباع حاجاته التى لا تتم بدون الأسرة .

والشخص الذى يعاني من البدانة لا يستطيع ادراك انقباضات

الجوع وتقدير كمية الطعام التي يستهلكها . ويذهب بعض الأطباء الى القول بأنه يحدث خلال عمليات الطعام انحراف ادراك الطفل للاحاساس التي يتعرف بها على الجوع واشباع حاجته من الطعام . ويحدث هذا نتيجة لدفع الطفل لتناول الطعام كوسيلة لازالة قلق الوالدين وليس حاجة الطفل الجسمية الى الطعام . ويعتبر هذا الانحراف في الادراك مدخلا لفهم نشأة البدانة . وعندما يتعرض الشخص البدين للاجباطات الاجتماعية ، فانه يسمى للاشباع بالافراط في تناول الطعام . وبهذه الوسيلة يعبر عن عدوانه . وأحيانا تكون صورة الجسم لها دلالتها الانفعالية ، حيث انها تمثل رغبة الشخص في أن يكون قويا مما يعطى له اشباعا . وفقدان الوزن يمثل صعوبة لا بسبب عدم القدرة على مواجهة عدم الارتياح الجسمي الناشئ عن الجوع ، ولكن أيضا بسبب الاحساس بفقدان الحب والانتقام الذي يمثله تناول الطعام ، وأخيرا الخوف من فقدان القوة التي يمثّلها زيادة الجسم في الوزن .

والنضج الجنسي يضطرب في حالة البدانة ، حيث يوجد هناك قصور واضح في الاهتمام بالجنس الآخر . وعلى الرغم من ذلك تبدو الجنسية المثلية نادرة وعادة ما تنجح الانثى البدينة في اقامة علاقة زوجية .

ولقد استخدم مفهوم البدانة كرد فعل للإشارة الى زيادة الوزن التي تنشأ فجأة نتيجة لاصابة نفسية . ولقد اوضحت الدراسات ان هؤلاء الأشخاص يستجيبون للضغوط النفسية بالافراط في تناول الطعام، وان نمط الأسرة ونشأة الشخصية في تلك الحالات يشبه الى حد كبير حالات البدانة عامة. وغالبا ما تكون البدانة كرد فعل نتيجة موت شخص عزيز أو القلق لفقدانه . ومن حالات البدانة كرد فعل لحالات الأشخاص

الذين يتعرضون للحرمان بسبب المجاعة . كما تلاحظ البدانة كرد فعل بين الذين يقضون فترات طويلة فى السجن والمسجون والمسكرات والذين يتعرضون للحرمان من الحب والسعادة وتحقيق الذات ، حيث يجدون فى تناول الطعام اشباعا لحاجاتهم الى الحب والامن .

ويبدو ان ماتحدثه زيادة تناول الطعام من اشباعات تكون وقائية فى بعض حالات الاضطرابات الذهانية . فغالبا ما ينتاب هؤلاء الافراد حالة شديدة من الذهان ، عندما يفقدون وزنهم نتيجة التغذية . وتفسر سيكولوجية الشخص البدين التى تناولناها فشل اساليب العلاج الطبى عادة ، حيث ان الافراط فى تناول الطعام يمثل اشباعا لحاجة الفرد . وقبل الخضوع لرغبة المريض البدين او رغبة والديه فى العلاج فمن الضرورى تحديد ما اذا كان التغير المرغوب فيه قد يؤثر على الاتزان الجسمى والنفسى للفرد .

والعلاج الناجح للمريض يتطلب المعرفة بشخصيته ، فههدف العلاج يجب أن يتعدى مجرد انقاص الوزن . وعندما يكون الطعام مصدر الاشباع الاساسى للفرد فان العلاج النفسى غالبا ما يفشل .

فقدان الشهية العصبى

اضطراب نفسجسمى غير شائع الى حد ما ، له خصائص عصابية . ويتميز معظم المرضى بقسدرات عقلية عالية ، وبالانطوائية والعنساد والإنانية والدقة وزيادة الحساسية وتآبيب الذات والسلوك القهرى . وبينما يكون الاشمئزاز من الطعام او نقص الشهية هو المرض الاساسى فان الدافع الاساسى يبدو انه دافع قهرى الى النحافة يصاحبه غالبا الخوف من البدانة . وبلاضافة الى فقدان الشهية يوجد أيضا الهزال

الشديد مع الاحتفاظ بحيوية الجسم . ومن الاعراض الأخرى عدم الطمث والإمساك وانخفاض معدل التمثيل الغذائي وفقدان ماء الجسم وجفاف الجلد وسقوط الشعر وعدم الاستقرار . ويكون فحص المعدة والأمعاء بالاشعة سالبا ، كما يوجد دليل على اضطراب الغدة النخامية .

ويوجد غالبا تاريخ سابق من البدانة والإفراط في تناول الطعام مع احساس بالخجل منها . وعادة ما توجد علاقات منزلية غير سعيدة ، تأخذ غالبا صورة من الكراهية بين الأم وابنتها . ويستخدم مواصلة النحافة أحيانا كسلوك من الكراهية وعدم الخضوع للأم التي تصمم على دفع ابنتها لتناول الطعام . وعلى ذلك ينشأ المرض غالبا فجأة في مرحلة المراهقة . وقد يوجد أيضا تنافس بين الأخوة ، وفي عدد كبير من الحالات يوجد احباط في التكيف الجنسي الفرى .

ويتوقف العلاج على حالة المريض ، فإذا كان المريض يعاني من حالة جوع سيئة مع نقص في الفيتامين وعدم اتزان الكتروليتي ، فإنه يلزم اطعام المريض عن طريق الحقن والمعلقة والابتوبة . ويجب أن يوجه المريض بالإيحاء الى تناول بعض الطعام على أن يزيد من كمية الطعام بالتدريج . وإذا وجدت صراعات في علاقات المريض بأسرته فيجب العمل على حلها . وقد يستخدم العلاج النفسي إذا كانت شخصية المريض تتميز بالعصابية .

الفثيان والقيء

غالبا ما ينشأ الفثيان والقيء من الضغط الانفعالي . وهناك حالات يكون من الواضح فيها اثر العوامل الانفعالية حتى أن المريض لا يسعى الى رعاية طبية ، بينما هناك حالات لا تنضح فيها هذه العلاقة . والفثيان المزمن المتقطع الذي قد يحدث يوميا أو عددا من المرات كل

أسبوع عرض شائع في عصاب القلق المزمن . وقد ينتاب الغثيان والقيء بعض الافراد عند تهديدهم بفقدان أو ابتعاد شخص على علاقة انفعالية وثيقة بهم . والغثيان والقيء النفسي ينتاب غالبا الاطفال الذين يعانون من مخاوف المدرسة . حيث ينتاب الغثيان والقيء هؤلاء الاطفال في كل صباح يذهبون فيه الى المدرسة ، لعدة اشهر اويزيد . وينتاب الغثيان الانفعالي احيانا المرضى الذين يعانون من مخاوف الازدحام والاماكن العامة ويصبح الغثيان سببا يعتذر به المريض عن المشاركة في المواقف الاجتماعية التي لا يستريح لها . ومجموعة أعراض الغثيان والقيء اللذين يحدثان عندما يستخدم الفرد سبارة أو طائرة أو سفينة تعرف بمرض الحركة . وكثيرا من حالات مرض الحركة يتسبب عن استشارة شديدة للجهاز الدهليزي في الأذن الداخلية عندما يكون انفراد في حالة حركة . ولكن هناك حالات من مرض الحركة تنشأ جزئيا أو كليا عن عوامل انفعالية ، فالخوف من السفر في السيارات أو الطائرات قد يكون سببا للغثيان أو القيء ويتطلب الأمر فحصا دقيقا للمريض للكشف عن هذا .

اضطرابات الجهاز العضلي الهيكلي

مجموعة أعراض التوتر العضلي

كثيرا ما تؤدي العوامل الانفعالية الى التوتر العضلي . ويحدث في عضلات خلف الرقبة ، والمنطقة القذالية والجزء السفلي من الظهر وعضلات الكتفين .

كما يحدث هذا التوتر العضلي في طبقة العضل الرقيقة التي تغطي الجمجمة . ويسبب هذا التوتر أنواع مختلفة من الصداع . وأعراض التوتر العضلي قد تستمر لبضع دقائق فقط أو قد تحدث عدم ارتياح

مزمنا يؤثر على المريض في فترات متقطعة لسنوات . والتوتر العضلى الانفعالى للجزء السفلى من الظهر وجدار الصدر الامامى من المشاكل الاكلينيكية الشائعة . ففى كثير من حالات ألم الظهر فى المنطقة القطنية لا يكشف الفحص عن اضطرابات جسمية . وحتى اذا كشفت الاشعة عن اضطرابات جسيمة فيجب ان تؤخذ العوامل الانفعالية ايضا فى الاعتبار . كما ان ألم منتصف الظهر غالبا ما يرجع الى التوتر العضلى الانفعالى .

توتر عضلات الرقبة

قد تتعرض عضلات الرقبة الى التقلص المستمر او المتقطع مما يؤدى الى دوران الذقن والراس الى أحد الجانبين . ودوران الذقن والراس يتجه الى الجهة المضادة للجهة التى يحدث فيها التقلص . ويحدث استرخاء لعضلات الرقبة أثناء النوم .

ويرجع تقلص عضلات الرقبة فى بعض الحالات الى امراض فقرات الرقبة او العقد القاعدية ولكن فى حالات أخرى يرجع التقلص الى عوامل انفعالية .

ويفيد العلاج النفسى المبكر فى بعض الحالات ولكن فى كثير من الحالات لا يلجأ المريض الى العلاج النفسى الا بعد أن يحاوس العلاج الطبى، الأمر الذى تشدد معه أعراض المرض . فالمرضى اذا لم يلجأ الى العلاج النفسى منذ نشأة المرض فان فرص نجاح العلاج تقل كثيرا .

صداع التوتر العضلى

يحدث التوتر العضلى فى الطبقة العضلية التى تغطى الجمجمة عدم ارتياح يصفه المريض بالشعور برباط ضاغط حول الراس مع ألم

في الجبهة والم في المنطقة الصدغية والم في قمة الراس . كما يحدث
الم ايضا في الوجه ومنطقة ما قبل تجويف العين .

ومعظم انواع الصداع ترجع الى التوتر العضلى الانفعالى في عضلات
خلف الرقبة والجمجمة . وحالات القلق المزمن غالبا ما تكون السبب
الاكثر شيوعا في انواع الصداع النفسى ، ولكن اى اضطراب نفسى
بمصابه القلق قد يؤدى الى هذا الصداع الانفعالى . ويمكن ازالة هذا
الصداع باستخدام العقاقير المخففة للقلق التى تحدث استرخاء في
العضلات . ويمكن استخدام المبروبات بجرعة ١٠٠ ملليجرام مع
الباربيتورات كالصوديوم اميتال حيث تكرر الجرعة كل ثلاث ساعات .
وتكرر حدوث هذا الصداع يتطلب العلاج النفسى للوقوف على الصراع
وتعديل تكوين الشخصية الباثولوجى .

التهاب الروماتزم

قد يرجع التهاب الروماتزم الى اضطراب الاوعية الدموية او الفقد
الضماء او التمثيل الغذائى او الى مرض معد او الى الحساسية الزائدة .
ويعتقد كثير من الاطباء ان العوامل الانفعالية قد يكون لها دور ولو جزئيا
في التهاب الروماتيزم . فلقد لوحظ ان بداية التهاب الروماتيزم ا:
نوباته قد ترتبط بفترات من الضغط الانفصالى . ويشير الاطباء الذين
قاموا بدراسة هذا الاضطراب الى ان المريض الذى يعانى من التهاب
الروماتيزم يكبت التعبير عن عواطفه وشعوره بالكراهية . ويبدو نشيطا
جسميا وعقليا وبشغل نفسه بكثير من الانشطة التى تجعل منه فردا
مقيدا للآخرين والتى تكن وراءها الحاجة الشديدة للاعتماد عليهم، حيث
يجعل المريض من نفسه فردا لا غنى لهم عنه . واحساسات الكراهية
الكبوة لها تنفيسا جزئيا في الدافع نحو المجهود الجسمى الزائد، ويكون

لدى المريض الحاجة الشديدة للسيطرة على من حوله بجعلهم مدينين له . ومريض التهاب الروماتزم غالبا ما ينشأ في بيئة لا تشبع حاجته الى العطف ، كما يوجد فيها تنافس شديد بين المريض واخوته ، وبين المريض ووالديه .

ويقوم العلاج أساسا على العلاج الطبى . غير أن بعض الأطباء يرون أن العلاج النفسى له اثره على تحسين المريض .

اضطرابات الجهاز التنفسي

من الواضح أن عملية التنفس تتأثر بالحالة الانفعالية للفرد . فالقلق أو الغضب يؤدي الى زيادة التنفس ، بينما يؤدي التبلد الحسى والاكتئاب الى انخفاضه . ولقد لوحظ أن مجموعة أعراض زيادة التنفس أكثر الأعراض ظهورا في حالة الاضطرابات النفسفسيولوجية للجهاز التنفسي .

مجموعة أعراض زيادة التنفس

تعتبر زيادة التنفس الوسيلة الفسيولوجية الشائعة التى يظهر بها الاضطراب الذى ينتاب الشخص في حالة القلق الحاد . وقد تحدث زيادة التنفس في اى حالة تؤدي الى الخوف ، كما تحدث في اى اضطراب للشخصية يصاحبه القلق . وتشمل أعراض زيادة التنفس الشائعة خذل أطراف أصابع اليد أو القدم أو منطقة الفم ، ويعقب هذا الخذل انقباض عضلى مستمر . وإذا استمرت زيادة التنفس لفترة كافية فقد يحدث اضطراب في الوعى يصاحبه اصفرار واضطراب في الدورة الدموية ، ونبض سريع غير منتظم وضغط ينتهى في كثير من الحالات بفقدان الشعور أو تشنجات .

وفي الحالات التي يرى فيها الطبيب مريضا يعاني من نوبات توقف التنفس أو اللفظ أو الدوار أو العرق ، فإنه يجب أن ينظر الى هذه الاعراض على أنها تدل على نوبات من زيادة التنفس نتيجة لقلق موقفي حاد . وغالبا ما يستطيع أولئك المرضى تحديد المواقف التي تحدث فيها النوبات .

والعلاج النفسى يفيد علاج هذه الحالات ، كما ان ممارسة المريض لعملية زيادة التنفس والاحساس بأعراضها تؤدي في بعض الحالات الى زوال الاعراض .

الريو

على الرغم من أن الريو ينتاب الافراد الذين يتسمون باستعداد جسمى معين الا ان هناك عوامل بيئية تؤدي الى الريو ، فقد ينتاب الريو الفرد عندما يسمع قصة أو أغنية معينة أو عندما يسمع تعليقاً معيناً . كما ينتاب الريو الفرد فى فصل من فصول السنة أو عندما يكون الجو مترباً أو عندما يقترب من شجرة معينة . ومن هنا يعتب بعض الأطباء نوبات الريو وكأنها استجابة شرطية لمثير موقفي ، أى رد فعال شرطى لمثير شرطى . والشخص الذى يعاني من الريو غالباً ما يكون سهلاً للاستثارة وسريع الاستجابة ، كما يتسم بعدم الثقة بالنفس والخضوع والقلق . ولقد لوحظ أن بعض المرضى يتسمون بالاعتماد الشديد على الام الامر الذى يثير الصراع عندما تهدد النواحي العدوانية والجنسية العلاقة مع الام .

وبالإضافة الى الرعاية الطبية للوقاية من النوبات الحادة وعلاجها، فان كثيراً من المرضى قد يستفيدون من العلاج النفسى وخاصة اذا وجه

الى حل مشكلة الاعتماد التى ترتبط غالبا بكراهية مكبوتة . ولقد وجد ان الاطفال الذين يمانون من الربو غالبا ما يستجيبون سريعا بالانفصال عن آبائهم . واستمرار التحسن يتطلب الارشاد والعلاج النفسى الفعال للآباء .

اضطراب الفقد الصماء

السكر

مرض السكر من بين الامراض التى تتأثر كثيرا فى نشأتها بالاضطرابات الانفعالية ولقد اظهرت الفحوص وجود اضطرابات فى التمثيل الغذائى للجلوكوز بتغير الحالة الانفعالية للفرد . ويذكر ان نشأة مرض السكر ترتبط غالبا بفترات من الضغط الانفعالى الشديدة .

وعلى الرغم من ان دراسة تكوين شخصية مريض السكر لم تكشف عن صورة معينة من الشخصية ، الا ان كثيرا من الاطباء يؤكدون ان شخصية مريض السكر تتميز بالسلبية وعدم النضج مما يؤدى الى حاجة المريض الى انتباه الآخرين وعطفهم . ويقرر بعض الاطباء ان الاصابة النفسية تنشأ من اثاره الحاجة الى الاعتماد عندما يتعرض المريض الى الرفض والحرمان بفقدان شخص عزيز . ولقد وجد ان نسبة السكر ترتفع عندما يشعر الشخص بالكراهية والاكتئاب وانها تصبح عادية عندما يشعر بأنه مقبول ويجد الرعاية . وهذه التغيرات الفسيولوجية تؤدى الى زيادة الحامضية وقد تؤدى الى القيوبة ، وخاصة عندما يهمل المريض القلق ، برنامجه العلاجى . ويتطلب تنظيم السكر غالبا اتباع برنامج معين فى التغذية مع اعطاء الانسولين ، وعلاج المشاكل الانفعالية .

زيادة افراز الثوركسين

تبين الدراسات الحديثة أن الاضطرابات الانفعالية قد تقوم بدور فعال في زيادة افراز هرمون الثوركسين ، ومسار هذا المرض . وينشأ المرض الى حد كبير في الفرد الحساس الذي يتفاعل بحماسة ويشعر بعدم الامن كما يشعر بشعور غير عادي بالمسؤولية . ويلاحظ على الفرد في حالة زيادة هرمون الثوركسين الحركة الزائدة والاستشارة واليقظة لكل صوت وحركة ، والسرعة في السير والكلام والاكل والقلق والنشأوم، وعدم الثبات الانفعالي .

وتظهر الاضطرابات الذهانية في ٣٠ في المائة من الحالات الحادة . وفي حالات المرض الشديدة قد يعاني المريض من حالة هوس شديد . وفي حالات أخرى قد يعاني المريض من هلاوس حادة مصحوبة بعدم استقرار وارق . ويعاني مرضى آخرون من الاكتئاب مع قلق واستشارة . وقد توجد حالات بارانويد مع هذات . وعامة فإن الاعراض التي تظهر تكون زيادة في شدة ما تنسم به شخصية المريض من خصائص . حيث ان الدراسات تظهر أن المريض يعاني من اضطرابات نفسية قبل ظهور الاعراض الاكينيكية لزيادة افراز الهرمون . وعادة فان الحالات التي يجري لها استئصال الغدة الدرقية تظل تحتفظ باضطراباتها الشديدة . وعلاج زيادة افراز هرمون الثوركسين له جانب طبي الذي يعمل على اعادة معدل التمثيل الغذائي الى حدوده العادية ، ويقسم العلاج النفسي على حل مشاكل الفرد الانفعالية .

اضطرابات أعضاء الحس الخاصة

الجلوكوما

ليس هناك أدلة مؤكدة على أن المشاكل الانفعالية تؤدي إلى الجلوكوما . غير أنه من الواضح أن الضغط الانفعالي يزيد من التوتر داخل العين إذا كان المريض يعاني فعلا من الجلوكوما . فقزحية العين وما يجاورها من تراكيب تتميز بالحساسية الشديدة للقلق والتغيرات الانفعالية . فنوبات الجلوكوما غالبا ما ترتبط بنوبات الغضب أو الخوف أو الاستثارة .

والعلاج الشامل لبعض المرضى يتطلب التقليل من الضغط الانفعالي كلما أمكن ذلك .

التهاب الفشاء المخاطي للأنف

يتضح في كثير من الحالات أن الحالة الانفعالية للمريض لها تأثيرها على زيادة نشاط الدورة الدموية في الفشاء المخاطي للأنف وزيادة إفرازاته . وفي بعض الحالات قد يرجع التهاب الزمن إلى عوامل الحساسية والإصابة الجسمية والعوامل الانفعالية معا .

الاضطرابات الجلدية

يؤكد أطباء الأمراض الجلدية وجود ارتباط كبير بين الأمراض الجلدية المختلفة واضطرابات تكيف الفرد لمواقف الحياة . ويقرر بعض الأطباء أن للعوامل النفسية دلالتها في ٧٥ في المائة من المرضى . وتدل الدراسات على اختلاف استجابات الجلد تبعاً لحالة الفرد المزاجية واتجاهه وشدة الموقف .

وغالبا ما تؤدي الأحداث التي تثير الغضب والاكتئاب والشمعور بالذنب إلى الطفح الجلدي . ولقد وجد دليل على

دلالة الرفض بين الاطفال وامهاتهم في حالة الاطفال الذين يعانون من
الالتهاب الجلدى . كما وجد ان المواقف التى تثير الاستياء والاجباط
تؤدى الى الارتكاريا . ولوحظ وجود كبت للصراعات الجنسية فى حالة
حكة المنطقة الشرجية التناسلية .

الارتكاريا

قد تنشأ الارتكاريا من ابتلاع او استنشاق او حقن بعض المواد .
وقد تنشأ ايضا من عوامل انفعالية . ففى حالة بعض المرضى تكون العلاقة
بين الارتكاريا والضغط الانفعالى واضحة للمريض وللآخرين من حوله .
وفى بعض الحالات تنشأ الارتكاريا عندما يصبح المريض على اتصال
بشخص معين أو يفكر فى مواجهته .

والارتكاريا التى تنشأ عن الضغط الانفعالى تظهر أساسا على
الاجزاء الظاهرة كالوجه والرقبة والذراعين ، ولكنها قد تنتشر على
الجسم كله . ويتضح الفرق بين الارتكاريا التى تنشأ عن حساسية
الجسم وتلك التى تنشأ عن الضغط الانفعالى بملاحظة العلاقة بين نوبات
الارتكاريا والضغط الموقفية التى يتعرض لها المريض .

ويقرر بعض الاطباء ان المرضى الذين يعانون من الارتكاريا التى
تنشأ عن ضغط انفعالى . عادة ما يتسمون بالشعور بعدم الامن والسلبية
ويكونون فى حاجة شديدة الى الاعتماد على الآخرين .

والعلاج النفسى له دلالة فى علاج الاضطرابات الجلدية بالاضافة
الى العلاج الطبى .

اضطرابات الجهاز التناسلى البولى

لقد أصبح من الواضح الآن ان الاضطرابات الانفعالية قد تؤدى الى اضطرابات فى الجهاز التناسلى البولى ، والتي تظهر فى كثرة التبول او احتباسه ، او فى العنة او القذف المبكر عند الرجال ، وفى تعسر او ألم الجماع او توتر ما قبل الطمث عند النساء .

كثرة التبول وعسره

قد يؤدى القلق والشعور بالذنب بسبب عملية الاستمناء او اى نشاطات جنسية اخرى الى عسر التبول او كثرتة . وتشيع هذه الاعراض فى مرحلة المراهقة وفى بداية البلوغ عندما يجاهد الفرد للوصول الى حالة من التكيف الجنسى . ومن الملاحظ ان الجنسية المثلية قد تؤدى الى التبول . كما ان توتر الاستعداد للامتحان قد يؤدى الى كثرة التبول .

احتباس البول

قد يرجع احتباس البول الى المشاكل الانفعالية . فنحنما يعانى المريض من احتباس البول ولم يظهر فحص المسالك البولية اى مرض واضح ، فان الاحتباس عادة ما يكون بسبب المشاكل الانفعالية .

العنة

لابد لاتمام العملية الجنسية الناجحة من وجود دافع جنسى وشريك مرغوب فيه وموقف لايشعر فيه الفرد بالتهديد والقلق فيسمح بدوره بالانقباض والاستثارة التى تصل الى حد القذف الذى يصاحبه اللذة . وعلى ذلك فالعنة قد تنتاب الفرد عندما لا يوجد شريك مرغوب فيه ، او عندما يؤدى الموقف الذى يحدث فيه الجماع الى التهديد والكثت . ومن العوامل التى تؤدى الى العنة الحب اللاشعورى الذى (م ٢٢ - الطب النفسى)

يتميز بالصراع ، كالارتباط بالام او الاخت او اى امرأة يرتبط بها فى السنوات المبكرة من حياته ، او الجنسية المثلية الكامنة . والقلق قد يمنع الانتصاب نتيجة لكراهية نحو النساء منذ الطفولة . والشعور بالذنب او الخجل قد يؤدى الى العنة حيث يعانى المريض من معارضة الوالدين او المجتمع له . والخوف من الامراض التناسلية او الخوف من الموت قد يعوق الانتصاب . وتصاحب العنة حالة الاكتئاب التى تتميز غالباً بالام فى الظهر يعوق نشاط الجماع .

ولتشخيص العنة التى ترجع الى اسباب نفسية ، يلزم دراسة تاريخ الحالة بدقة حيث تحدد المواقف التى يحدث فيها فشل فى الجماع .

ويجب الاهتمام بصفة خاصة بالاتجاه نحو الشريك والموقف الذى يحدث فيه الجماع ، والاتجاه نحو الصور المختلفة من الاستشارة التى تسبق الجماع والرغبة فيها ، كما يجب التعرف على اى تخيل يحدث اثناء الجماع .

واتجاه المرأة له دلالة ، فقد ينتاب الرجل العنة اذا كانت المرأة تنسم بالسيطرة او التنافس مع الرجل . والعنة الناتجة عن تصلب الشرايين او مرض السكر او اضطرابات اخرى تشمل المنطقة العجزية من العمود الفقرى او المنطقة القطنية يجب استبعادها بالفحص الطبى والمصبى العام . وقد تحدث العنة نتيجة للعلاج بعقاقير الفينوثيازينز .

فى معظم حالات العنة يجب ان ينصح المريض بتجنب الجماع والفشل كوسيلة للوقاية من تقليل احترام الذات . وهذا الاسلوب قد يكون غير ضرورى فى حالات القذف المبكر ، فقد تفيد المحاولات

المتكررة في خفض التوتر . وعندما تكون العنة عرضا للاكتئاب ، فقد يذكر للمريض بأن الاعراض ستزول بزوال الاكتئاب الذى يجب أن يعالج بالعلاج المناسب . وزوال العرض بين المتقدمين في السن اقل احتمالا ، وكذلك في الحالات التى يظهر فيها الشريك تهديدا .

توتر ما قبل الطمث

يبدو أن هذا التوتر يحدث في عديد من الصور . ففى احدى الصور يلاحظ التوتر مع بداية الطمث ويستمر طوال فترته ، وفى الصورة الثانية يبدأ أساسا بعد الطمث بعدة سنوات . وفى الصورة الاولى من التوتر تقلل الام من الدور الانثوى ، وينظر الى النشاط الجنسي على انه أمر يعيب ويشير الاشمزاز وتحدث عن الطمث وكأنه مرض . وتخابر الفتيات اللاتى يتقمصن شخصية هؤلاء الامهات الطمث كحدث غير مرغوب فيه ويشكين منه كمرض ، وغالبا ما يظهرن الحاجة الشديدة الى الرعاية بسببه . وتعيش تلك الفتيات علاقة من الكراهية والاعتماد على امهاتهن اللاتى يعشن بدورهن فى حياة زوجية غير متوافقة . وفى حالة الصورة المتأخرة من توتر ما قبل الطمث يحتمل أن يوجد شعور بالدنب بسبب الرغبة الجنسية أو السلوك الجنسي ، وعلى أية حال ، فهناك تقبل لحدوث الطمث .

عسر الطمث

تعرس الطمث والم الحوض الذى يرتبط باحتقان الاوعية ، يبدو انه ينتاب النساء المزدوجات الحس فيما يتعلق بالدور الجنسي والانثوى نتيجة للقلق والتشكك أو قصور التقمص الصحى والتدريب على الدور الجنسي الاسرى .

احتباس الطمث

على الرغم من ان احتباس الطمث قد يرجع الى تأخر النضج الجنسي ، فقد يحدث ايضا كدفاع ضد السلوك الجنسي . وينتفح احتباس الطمث النساء في حالة الاكتئاب ويزول بالشفاء منه . كما يشيع في حالة فقدان الشهية للطعام . ويحدث احتباس الطمث ايضا في حالة الرغبة في الحمل والخوف منه .

سن اليأس

تمثل اعراض سن اليأس خليطا من الاستجابات الفسيولوجية والنفسية والتي تتكيف لها المرأة الناضجة عادة بفاعلية اكثر من تكيف المرأة التي تنسم بشخصية عصابية او ذهانية او المرأة التي احبطت فيها وظائف الجنس والامومة . ومع نقص الافرازات الهرمونية يظهر فترات من العرق او احمرار الوجه او التوتر او عدم الثبات الانفعالي . وقد يصاحب هذا زيادة القلق وعدم الاستقرار مع زيادة شدة دفاعيات الشخصية .

والهرمونات المخلقة تزيل الاعراض الفسيولوجية ، ولكنها لا تزيل تلك الاعراض التي تنشأ نتيجة زيادة وعى المرأة بتلاشي فرص تحقيق الوظائف البيولوجية الاولى كمرأة او الوظائف الثانوية كفقيدان مسؤولياتها عندما يفصل عنها اطفالها .

البرود الجنسي والم الجماع وعدم الخصوبة

اذا نظرنا للاستجابة الى الجماع الجنسي ، فيجب ان نأخذ في اعتبارنا ان الذروة الجنسية عند النساء لا تشبه ذروة الجماع عند الرجال . فالتركيب التشريحي للمسار الجنسي الانثوي يختلف عن المسار الذكري . والخلايا الحسية التي تشبه الخلايا الحسية في حشفة

القضيب تقتصر الى حد كبير على البظر مع وجود بعض منها في الشفرتين الصغيرتين وعضلات المهبل السفلية . والمهبل يشبه القضيب وعلى ذلك لا يستجيب للاستثارة الجنسية كما لا يستثير القضيب . ولملاقة جنسية مشبعة يجب ان تجد المرأة شريك مرغوب فيه ، والا تشعر بالقلق والذنب وان تجد الاستثارة المناسبة . وغالبا ما يرتبط البرود الجنسي بالخوف من الاصابة في الجماع او الحمل او قد ينشأ البرود من كراهية الرجال . كما يرجع ألم الجماع وتقلص المهبل الى نفس القلق والخوف اللذين يعوقان الاشباع الجنسي . ويبدو ان عدم الخصوبة ترجع ايضا الى عدم التبويض نتيجة للقلق المستمر والتشكك المستمر في الحمل والانجاب .

وعندما يتضح ان العوامل الانفعالية عوامل اولية في هذه الحالات فان التحليل النفسي يكون العلاج لها . ويفيد هذا العلاج في الحالات التي يرجع اضطرابها الى الاحساسات اللاشعورية بالذنب أو الاستياء او الكراهية اكثر مما يفيد في الحالات التي تتسم بتكوين شخصية طفلى .

التخلف العقلي

يشير التخلف العقلى الى توقف نمو المخ او عدم اكتماله ويتميز
بنقص القدرات العقلية . ويقسم التخلف العقلى الى بسيط ومتوسط
وشديد . والدرجة البسيطة من التخلف العقلى يحصل فيها الشخص
على نسبة ذكاء ما بين ٧٠ و ٨٥ ، ويحصل فى الدرجة المتوسطة على
نسبة ذكاء ما بين ٥٠ و ٧٠ ، ويحتاج هنا الى تدريب وارشاد خاص ،
وفى الدرجة الشديدة من التخلف يحصل الشخص على نسبة ذكاء تقل
من ٥٠ ويحتاج الى رعاية كاملة . وعادة ما يقال ان الشخص الذى
يحصل على نسبة ذكاء ما بين ٧٠ ، ٩٠ حالة بيشية .

ويشير كثير من الاطباء الى مجموعة من الاطفال تعاني من التخلف
العقلى الكاذب ، حيث تخفى بعض العوامل امكانيات الشخص العقلية .
ومن هذه العوامل العمى والصمم او العاهات العديدة او الاضطرابات
الانفعالية ، مما يؤدى الى كف القدرات العقلية والاستجابة للمقاييس
انسيكومترية .

الاسباب : يمكن ان تقسم العوامل التى تؤدى الى التخلف العقلى
الى عوامل وراثية وعوامل تؤثر على الجنين قبل الميلاد وعوامل تنشأ
من الإصابة عند الميلاد وعوامل تنشأ بعد الميلاد ولكن قبل ان يتم
نمو المخ .

العوامل الوراثية : تختلف الحالات التى تؤدى فيها العوامل
الوراثية الى التخلف العقلى ، فهناك حالات يكون فيها التخلف اقل
شدة ولا يرتبط بمرض عضوى ، وتزيد نسبة الذكاء على ٥٠ . ويعتقد
ان مستوى القدرات العقلية هنا يرجع الى تأثير عديد من الجينات .
وفى بعض الحالات يكون التخلف شديدا وينشأ من حالات مرضية

ترجع أساسا الى تأثير جين وحيد ، وهذا الجين اما أن يكون سائدا كما في حالات التصلب الدرني ومجموعة حالات قلة سعة الجمجمة حيث تلتحم تداريز الجمجمة مبكرا فيحدث لها تشود ، أو جين متنحيا كما يحدث في حالات التخلف العقلي نتيجة اضطرابات التمثيل الغذائي في الاحماض الامينية والمواد الدهنية والكربوهيدراتية . ومن حالات التخلف التي ترجع الى تأثير جين متنح حالات الكريتيزم حيث يؤدي اضطراب التمثيل الغذائي الى نقص في هرمون الثيروكسين ، وايضا معظم حالات الجارجويلزم حيث ترسب مواد الجانجليوزيد الدهنية في الاعصاب وحول الاوعية الدموية التي تغذي الجهاز العصبي ، وفي الاغشية السحائية .

وهناك حالات من التخلف العقلي ترجع الى انحراف الكروموسومات في عددها أو شكلها . ومن هذه الحالات ، حالات المنجولية ومجموعة امراض كلينفلتر . وجدير بالذكر أن كثيرا من الاشخاص الذين يعانون من مجموعة امراض كلينفلتر قد يتسمون بقدرات عقلية متوسطة أو عالية وكذلك بعض المنجولين .

العوامل المؤثرة داخل الرحم : هناك أدلة تشير الى أن نقص التغذية الشديد للام الحامل قد يصيب الجنين بأضرار شديدة . فنقص اليود في غذاء الام يؤدي الى التخلف العقلي من نوع الكريتيزم والاصابة بالفيروسات المعدية وخاصة الحصبة الالمانى في ثلاثة الاشهر الاولى قد يؤدي الى الصمم واصابة العين بالمياه البيضاء والتخلف العقلي . والاصابة بالتوكسوبلازموزس قبل الميلاد تؤدي الى التخلف العقلي والاضطرابات العصبية ، كما أن الزهري الولادي يؤدي الى اصابته بنشوهات ولادية وتخلف عقلي . وتعاطى بعض المواد الكيميائية أثناء

أشهر الحمل الأولى او تعطى جرعات كبيرة من الانسولين مما يؤدي الى نقص شديد في السكر ، قد يؤدي الى اصابة الجنين وتخلفه العقلى . ومن العوامل ايضا عدم تشاته مجموعة ره في الجنين والام وعادة ما تكون هذه المجموعة في الجنين موجبة ، وفى الأم سالبة .

العوامل المؤثرة عند الميلاد : الولادة العسرة التى تؤدي الى الاختناق واصابة المخ اثناء الميلاد ، قد تؤدي الى التخلف العقلى كما قد تؤدي الى الصرع . والميلاد قبل النمو وخاصة الاطفال الذين يقل وزنهم عن ٢٥٠٠ جرام يكون سببا للتخلف العقلى .

العوامل المؤثرة بعد الميلاد : اصابة الرأس الشديدة التى تؤدى الى الشلل قد تؤدي الى التخلف العقلى وايضا الى الصرع . وتعتبر الالتهابات المخية والسحائية من اكثر العوامل التى تؤثر بعد الميلاد فى احداث التخلف العقلى . كما أن تأثير فيروسات مرض الغدة النكفية والحصبة والسعال الديكى على الجهاز العصبى المركزى قد يؤدي الى التخلف العقلى . وحالات التسمم ونقص الفيتامين فى الطفولة اذا استمر لفترة طويلة قد يؤدي الى تغيرات لا شفاء منها فى القشرة المخية مع درجات مختلفة من التخلف العقلى .

وهناك مجموعة من الاضطرابات قد تؤثر على القدرة على التعلم ، وتتضمن هذه المجموعة اضطراب الابصار او السمع او العجز الحركى والاضطرابات الانفعالية والصرع . وما لم يكن هناك تربية خاصة وتدريب مع معالجة العجز كلما أمكن ذلك ، فان النمو العقلى لهؤلاء الاطفال يضطرب . وبالإضافة الى هذه الاضطرابات التى تعزل الفرد عن المثيرات العادية اللازمة للنمو الصحيح ، فان الحياة فى ظروف غير

ملائمة اجتماعيا قد تؤدي ايضا الى مشيرات غير ملائمة والى نقص في الفرص التربوية . ويشار الى هذه الحالات من التخلف العقلى بالتخلف العقلى الذى يرجع الى الحرمان النفسى الاجتماعى . وهذه الاضطرابات التى تؤثر على القدرة على التعليم وغيرها من العوامل التى تؤدي الى نقص الفرص التربوية ، ذات اهمية خاصة فى حالات التخلف العقلى من النوع البنى . ويمكن تقسيم التخلف العقلى تبعا للاسباب التى تؤدي اليه الى :

تخلف عقلى نتيجة للأمراض المعدية : هناك أدلة على ان الامراض المعدية التى تصيب الام قد تنتقل الى مخ الجنين فى حالات كثيرة . ومن هذه الامراض الحصبة الالمانى ، فاصابة الام الحامل بها فى ثلاثة الاشهر الاولى من الحمل يؤدي الى التخلف العقلى وغيره من التشوهات الولادية كالصمم واصابة عدسة العين بالمياه البيضاء والتشوهات القلبية . ولقد وجد ان هناك علاقة مباشرة بين فترة مرض الام وزيادة نسبة حدوث التشوهات فى الطفل . فيولد ٥ المائة من الاطفال تقريبا فى حالة تشوه اذا اصابت العدوى الام فى الشهر الاول من الحمل ، و ١٥ فى المائة اذا اصابت العدوى الام فى الشهر الثانى ، و ١٠ فى المائة اذا اصابت العدوى الام فى الشهر الثالث .

وترتبط اصابة الام بالانفلونزا اثناء الحمل بالتخلف العقلى بسبب تشوه مخ الطفل . واصابة الام بالزهري تؤدي الى اصابة الجنين بهما يؤدي الى تخلفه وتشوه اسنانه وتشوه انسان العين ، والتهاب قرنيتهما . واصابة الام بمرض التوكسويلازموزس يؤدي الى نقص وزن الطفل واصابته بالتشنجات والتهاب قرنية العين وكبر الرأس أو صغرها واصابته بالتخلف العقلى .

ومن الامراض المعدية التي تصيب الجنين وتؤدي الى تخلفه العقلى
الالتهاب السحائى والمخى .

تخلف عقلى نتيجة للتسمم : اصابة الجهاز العصبى المركزى
بالصفراء قد ينشأ عن زيادة نسبة الصفراء فى دم المولود . وارتفاع
نسبة الصفراء الى ٢٠ ملجرام فى كل ١٠٠ سم^٣ من البلازما تشير الى
ضرورة نقل دم المولود . وتحديد اصابة المخ بالصفراء ليس بالامر
السهل فى المراحل الاولى ، ولكن يمكن التعرف عليه من وجود تشاغل
وضعف فى الرضاعة ، وعدم انتظام فى درجة حرارة الجسم ، ومن صراخ
المولود المرتفع الحاد ومن التغيرات فى رد فعل مورو الانعكاسي . والدليل
على الاصابة الواضحة وجود قصر فى العمود الفقرى وعدم وجود رد
فعل مورو الانعكاسى ووجود علامات بصرية .

والتخلف العقلى والزفر والقفاخ والصمم نتائج شائعة لهذه
الاصابة . وتبين الدراسات الباثولوجية للمخ تلون العقد والأنوبة
القشرية والهيبوثلموس والنخاع . وعندما تكون الاصابة شديدة يلاحظ
فقدان الخلايا وأنسجة ما بين الخلايا والأغلفة النخاعية . وأمراض المخ
بسبب التسمم بالرصاص أو اول أكسيد الكربون أو الامراض التى
تعقب التطعيم من أكثر أسباب التخلف العقلى نتيجة للتسمم .

تخلف عقلى نتيجة الاصابات الجسمية : تعسر الولادة كما يحدث
فى حالة الوضع غير الطبيعى للطفل أو عدم تناسب رأسه مع حوض الأم
قد يؤدي الى اصابة مخ الطفل عند الميلاد . وتمزق السحايا والأوعية
الدمية والمخ مع حدوث نزيف داخل القشرة المخية ، غالباً ما تكون
اصابات شائعة عند الميلاد .

والإصابة الشديدة عند الميلاد قد تتضح باصفرار الطفل وعدم القدرة على المص وضيق التنفس والصراخ الحاد واهتزاز مقلة العين. وفي مراحل متقدمة من النضج قد يظهر الطفل الذي يتعرض للإصابة في المخ نشاطا زائدا أو ضعيفا ، كما يظهر عدم انتظام في توتر العضلات واضطرابا في الحركات وأوضاع الجسم ، ويجد الجسم النامي صعوبة في تعلم المهارات الحركية المعقدة كالمشي والتسلق والتزحلق والتبديل ، على الرغم من أنه قد يوجد هناك بعض العلامات العصبية التي تدل على إصابة الجهاز الحركي أو قد لا توجد هذه العلامات ، كما تضطرب العمليات الإدراكية وتقل الاستجابة العادية للمثيرات .

والطفل الذي يعاني من إصابة في الجزء البصري من المخ قد يميز بصعوبة الشكل من خلفيته ، أو قد يظهر عدم قدرة على تذكر الأصوات وتحديد مصدرها ، وتمييز شدتها ، وقد يظهر أيضا عدم قدرة على ادراك الكلام وفهمه . كما يعاني بعض الأطفال من عدم القدرة على تمييز المثيرات اللمسية . وينحرف السلوك الاجتماعي نتيجة لارتباك الطفل واحباطه ، وعلى الرغم من أن أكثر الحالات تتميز بالسلوك العدواني ، فإن بعض الأطفال قد يتميزون بالسلبية والانزالية أو يظهرن نشاطا قهريا . وتتوقف الصورة الاكلينيكية على موضع إصابة المخ ومداه وشدتها .

والتخلف العقلي من هذا النوع قد ينشأ أيضا عن الاختناق أثناء الميلاد نتيجة التفاف الحبل السري أو زيادة جرعة المخدر أو العقاقير التي تعوق التنفس ، وفي بعض الحالات النادرة قد ينشأ التخلف العقلي بسبب الأشعة على الرحم قبل الميلاد .

تخلف عقلى نتيجة اضطراب التمثيل الغذائى او التغذية :

لقد كشفت الدراسات عن اضطراب نمو المخ نتيجة لاضطرابات معينة موروثة فى عمليات التمثيل الغذائى . وهذه الاضطرابات يمكن تقسيمها الى اضطرابات فى التمثيل الغذائى للدهون واضطرابات فى التمثيل الغذائى للكربوهيدرات واخرى فى البروتينات . والتعرف المبكر على كثير من هذه الاضطرابات امر ضرورى ، حيث ان التغذية الصحيحة قد تقى او تقلل من اصابات المخ وبالتالي اضطراب وظائفه العقلية .

التخلف العقلى الناتج عن اضطراب التمثيل الغذائى للدهون :

هناك اربعة انواع من التخلف العقلى نتيجة لاضطراب التمثيل الغذائى للمواد الدهنية ، يتميز كل منها بتجمع مشتقات من احماس دهنية مختلفة للقاعدة اسفينجوسين فى اعضاء مختلفة من الجسم .
ففى مرض تاي زاخ يتجمع الجانجليوزيد فى الجهاز العصبى المركزى ، وفى مرض نيمان بيك يتجمع الاسفينجوميالين فى الجهاز العصبى ، وايضا فى الانسجة التى تلتهم الخلايا المعمرة والخلايا البارنشيمية ، وفى مرض جاوشر يتجمع السيريروزيد فى الجهاز العصبى فقط فى الصورة الطفلية للمرض ، ولكنه يوجد عادة فى خلايا الفاجوسيت فى الطحال والكبد والغدد الليمفاوية ونخاع العظم . وفى مرض التحول اللونى لكرات الدم البيضاء نتيجة لسوء التغذية يتجمع السلفاتيدز فى المادة البيضاء فى الجهاز العصبى كما يتجمع فى الكبد والطحال والكليتين .

ومن بين هذه الانواع من التخلف العقلى تعتبر الصورة الطفلية من مرض تاي زاخ اكثر شوعا ، حيث ينتقل المرض عن طريق جين متنحى .
وعلى ذلك فعلى الرغم من ان الوالدين قد يبدوان اصحاء ، فهناك

احتمال من أن ينتاب هذا المرض طفلا من كل أربعة أطفال اذا كان كل من الوالدين حاملا للجين . وعند الميلاد يبدو الطفل سويا ، ولكن نموه يضطرب خلال السنة الاولى ، فيصبح متبلدا ويبدو في حالة من الضعف العقلى ، فلا يستطيع رفع رأسه بثبات ، وتضعف قدرته على قبض الأشياء . كما يوجد تدهور فى الإبصار . ومسار المرض سوء حيث يموت الطفل فى فترة ما بين سنة وثلاث سنوات . وفى الصورة الطفلية المتأخره من المرض يظهر المرض فى السنة الثانية لو الثالثة .

والتغيرات المرضية التى تحدث فى الجهاز العصبى ، توجد فى المخ والنخاع الشوكى والجهاز السمبثاوى . فنلاحظ انتفاخ وتدهور العقد العصبية فغالبا ما توجد فراغات فى السيتوبلازم وبعضها يكون متعفنا.

وفى مرض نيمان بيك ، ينتقل المرض عن طريق جين متنح ، وتظهر أعراضه عندما يبلغ الطفل الشهر السادس من العمر . وتكون حالة الطفل متدهورة فيموت مع بلوغ الثلاث سنوات من العمر . وكبر البطن لتضخم الطحال والكبد ، يسبق التدهور العقلى ، ويصاحبه علامات عصبية كالتقلص واضطراب الحركات والارتعاش والتشنجات ، وقد يوجد كرات دم بيضاء ذات فجوات فى دم بعض المرضى الذين يعالجون من المرض . والصورة الاكلينيكية للصورة الطفلية من مرض جاوشر . تشبه الى حد كبير الصورة الاكلينيكية لمرض نيمان بيك . ويكون مسار المرض سريع التدهور . ويمكن أن يقوم التشخيص على سحب عينة من نخاع العظم حيث يرتفع غالبا انزيم الفوسفاتيز الصمغى بالبلازما .

وفى مرض التحول اللونى لكرات الدم البيضاء نتيجة لسوء التغذية ، يكون نمو الطفل سويا اثناء السنة الاولى أو السنتين الاوليين ، ثم يفقد بعد ذلك توافقه الحركى وينتابه الضعف العضلى ، ويحدث تدهور فى

وظائف المخ مع قصور عصبي وعقلي يؤدي الى الموت فيما بين الثلاث
والست سنوات من العمر .

ويقوم علاج التخلف العقلي بسبب اضطراب التمثيل الغذائي
للدهون فقط على التمرريض ورعاية الصحة العامة .

تخلف عقلي نتيجة اضطراب التمثيل الغذائي للبروتينات :

لقد اكتشف أن هناك عددا من اضطرابات التمثيل الغذائي للأحماض
الامينية تؤدي الى التخلف العقلي . وتنتقل هذه الاضطرابات كلها من
خلال جين متنح ومع أن هذه الحالات تكون نادرة ، الا أن تشخيصها
المبكر يكون من الاهمية حيث يمكن وقاية المخ من التدهور وما ينتج عنه
من تخلف عقلي بوضع برنامج معين للتغذية .

مرض وجود الغنيل كيتون بالبول ، هذا الاضطراب أكثر
اضطرابات التمثيل الغذائي للبروتينات شيوعا . والتخلف العقلي الذي
يصاحب هذه الحالة يورث عن طريق جين متنح . وعندما يكون كل من
الوالدين حاملا للجين فإن المرض ينتاب ربع عدد الاطفال ، ويكون نصف
عدد الاطفال حاملا له ، كما يكون ربع العدد اصحاء لا يحمل المرض .
ويظهر التخلف في الحركة والنمو العقلي قبل نهاية السنة الاولى ،
ويعتقد أن اصابة الجهاز العصبي تحدث خلال السنتين الاوليين من
العمر . وعلى الرغم من أن معظم الحالات التي لا تخضع للعلاج تستطيع
أن تتعلم المشي ، فإن قليلا منها يستطيع الكلام . كما أن نسبة الربع
بتعرضون لتشنجات صرعية من النوع الكبير ، كما تشيع رسومات المخ
غير السوية . ويكون التخلف العقلي شديدا حيث تنخفض نسبة الذكاء
عن ٥٠ عادة ونسبة تقل من ١٠ في المائة تظهر ذكاء سويا أو تظهر على
(م ٢٣ - الطب النفسي)

الأقل تخلفا عقليا بسيطا . ويتميز الأطفال عادة بشعر أشقر وعيون زرقاء ، كما يوجد غالبا التهاب في الجلد . وتتميز قامة الطفل بالقزمية ومقاييس رأسه أقل من الحالة السوية ، ويوجد اتساعات بين القواطع . ويصاحب التخلف العقلي واضطراب التمثيل الغلالي أعراض عصبية تعتبر عامة أمراضا للجهاز خارج الهرمى .

وعادة ما يكون وضع المريض في حالة اتناء مع نلى الرأس والجسم ، ويكون كل من العضلات القابضة والباسطة في حالة جمود ، كما تكون ردود الفعل الانعكاسية العميقة في حالة نشاط ، ويظهر كثير من المرضى نشاطا حركيا زائدا كالارتعاش والتفافع . ويبين رسم المخ ان علامات الجهاز خارج الهرمى قد ترجع الى ضمور القشرة المخية في الفص الجبهي . ويتميز البول برائحة عفنة نفاذة ، ويحتوى على كميات غير عادية من الفينيل الينين ومشتقاته وفينيل بيروفات وفينيل اسيتات .

ويمكن الكشف بسهولة عن حامض فنيل بيروفيك في البول باضافة بضع نقط من كلوريد الحديدك الى عينة محمضة من البول حيث يظهر لون اخضر غامق في حالة وجود حامض فنيل بيروفيك . وقد تؤدي حالات ومواد أخرى الى نتائج موجبة خاطئة ، ولهذا السبب يجب فحص نسبة الحامض في مصل الدم . فحامض فنيل الينين الامينى يوجد بكميات متزايدة في الدم والسائل النخاعى والعرق ، وبينما تصل نسبة الحامض في الدم ما بين ٣. الى ٥. مليجرام في كل ١٠٠ مليلتر خلال يوم بعد الميلاد ، فان افراز الحامض الامينى ومشتقاته في البول يحدث بعد الاسبوع الاول من الميلاد .

ومن المعروف الآن ان عددا كبيرا من الاطفال الذين يظهرون ارتفاعا في نسبة الفيلينين في الدم لايمانون من هذا المرض . وعلى ذلك فاجراء تشخيص دقيق في الاسابيع الاولى من حياة الطفل يتطلب الحصول على نتيجة موجبة من اختبار كل من الدم والبول . ويجبان يفحص بول كل الاطفال بسبب هذه الحالة فيما بين الاسبوع الثالث والتاسع . وجدير بالذكر ان نسبة قليلة من الاطفال الاسوياء تظهر ارتفاعا في نسبة الفيلينين اثناء الاسابيع الست الاولى من عمر الطفل .

ومن المعروف الآن ايضا ان الاضطراب ينتج عن عدم تحويل الفيلينين الى تيروسين بسبب نقص الانزيم الذى يساعد على تحليل الفيلينين . وعلى ذلك يتجمع الحامض الذى لم يحدث له تمثيل في سائل الجسم حيث يفرز مع كميات كبيرة من مشتقاته في البول . ومازال الميكانيزم الذى يؤدى به اضطراب التمثيل الفذائى للبروتين الى قصور نمو القشرة المخية غير معروف .

وتشمل التغيرات الباثولوجية صغر حجم المخ ، وقصور في الغلاف النخاعى ، وفي حالة الذين يموتون في سن متأخرة يظهر المخ تغيرات في القشرة المخية والعقد القاعدية . كما يوجد قصور في الغلاف النخاعى للجهاز العصبى . ويقوم العلاج على غذاء يتضمن نسبة محدودة من الفيلينين ويحد من اصابة القشرة المخية ، وخاصة اذا بدأ العلاج قبل ان يبلغ الطفل الشهر الخامس عشر . ويوجد الآن كازين خالى من الفيلينين ولكن به أحماض امينية اضافية وأملاح معدنية وكولين . ويعطى بنسبة ٢ الى ٢.٥ لكل كيلوجرام من وزن الجسم مع الدهون والكربوهيدرات لمواجهة حاجة الطفل من السمعات الحرارية .

ويجب ان تبقى نسبة الفيل النين في دم الطفل اقل من ١٠ مليجرام لكل ١٠٠ سم^٣ اثناء السنة الاولى من عمره . وجدير بالذكر انه لا يوجد مدى محدد لاستمرار هذا النوع من التغذية للوصول الى نضج تام في القشرة المخية . وهناك اضطراب في التمثيل الغذائي للحامض الاميني ينتقل عن طريق الوراثة ويتميز برائحة البول التي تشبه رائحة عصير خشب الاسفندان . ففي خلال الاسبوع الاول من عمر الطفل ، يبدو الطفل متقلصا ويفقد رد الفعل مورو الانعكاسي وينتابة تدهور في القشرة المخية ويموت في خلال بضعة اشهر . ويظهر فحص البول زيادة افراز الاحماض الامينية ذات السلسلة المتفرعة . اليوسين والايزوليوسين والغالين وكذلك الميثونين ولكن حامض الستير وغيره من الاحماض الامينية تنخفض كثيرا . وفي هذا المرض يتم تحول حامض الميثونين والاحماض الامينية ذات السلسلة المتفرعة الى احماض كيتونية ، ولكن التحول لا يستمر بعد ذلك فتراكم هذه الاحماض الكيتونية في الدم نتيجة لعدم وجود الايزيم الذي يساعد في عملية التحليل . كما يبدو ايضا وجود اضطراب في التمثيل الغذائي لحامض التريبتوفان . والدراسات العلاجية على انخفاض هذه الاحماض في الغذاء تدل على نتائج طيبة .

وهناك احماض امينية اخرى توجد في بول بعض حالات التخلف العقلي كحامض السستوثيونين والانجيتوسكسين والسيترولين والمستيدين . وتقوم الوراثة بدور في هذه الحالات ، ويحتمل ان يتم هذا عن طريق جينات متنحية . ومرض هارتنب يتميز بوجود الاحماض الامينية عامة في البول ويصاحبه طفح يشبه البلاجرا وغالبا تخلف عقلي . وفي بعض الحالات يكون التخلف العقلي بسيطا ولكن يعاني المريض من اضطرابات في الشخصية والتهاب في الجلد .

تنظف عقلى نتيجة اضطراب التمثيل الغذائى للكربوهيدرات :

مرض وجود سكر الجللاكتوز فى الدم ، وجود سكر الجللاكتوز فى الدم يرجع الى اضطراب معين فى التمثيل الغذائى للكربوهيدرات ، ويورث كسمة مُنتحية ويسبب اضطراب فى النضج والنمو ويؤدى الى التخلف العقلى ما لم نتعرف مبكرا عليه ويعالج جيدا . ويبدو ان وجود سكر الجللاكتوز فى الدم يدل على توقف تكوين الانزيم الذى يعمل على تحويل الجللاكتوز مما يؤدى الى تجمع فوسفات الجللاكتوز فى الخلايا . ويتوقف اثر وجود السكر فى الدم على كمية ومدى استهلاك الجللاكتوز ، ويزول هذا الاثر بازالة هذه المادة من الغذاء .

والطفل الذى يولد مع وجود سكر الجللاكتوز فى الدم ، يسدو سويا لعدة ايام ولكنه يظهر بعد ذلك صعوبة فى الرضاعة . وقيئاً ، وقد ينتابه الاسهال . واذا استمرت تغذية الطفل باللبن ، فقد تنتابه الصفراء وانتفاخ فى البطن بسبب الاستسقاء وتضخم الكبد والمياه البيضاء فى عدسة العين وتظهر اعراض التخلف العقلى فى تاخر الوقوف والمشي والكلام .

ويمكن تشخيص الحالة بعد الميلاد مباشرة بملاحظة الجللاكتوز فى خلايا كرات الدم الحمراء ، واذا استبعد اللبن من تغذية الطفل واعطى فول الصويا او الكازين بدلا منه فان الاعراض تزول . والتشخيص المبكر مع العلاج الصحيح قد يبق من الاصابة المستديمة للشرة المخية .

وقد يصاحب التخلف العقلى تحول الجلوكوز الى الجليكوجين حيث يتجمع الجليكوجين فى اعضاء الجسم المختلفة واحيانا فى المخ . والانخفاض العرضى لنسبة السكر فى الدم مع التخلف العقلى المتأخر قد

يحدث لدى الأطفال الذين تعاني امهاتهم من انخفاض نسبة السكر في الدم .

الجارجويلز او مرض هورلر ، يحتمل ان يرجع هذا المرض الى اضطراب انزيمى عام بسبب ترسيب المادة متعددة السكاكر اللزجة في معظم أعضاء الجسم والنسيج الضام في الجسم . ويقال ان مادة الجانجليوزيد تترسب في نيرونات المخ .

وعند الميلاد تكون راس الطفل كبيرة ، وحركة المفاصل محدودة . وفيما بعد تبدو القرنية معتمة . وفي سن ثلاثة اشهر تظهر اشعة اكس تشوهات في الفقرة القطنية العليا وفي العظام المستطيلة ، كما يتضح تحسب الظهر . وتظهر الخصائص المميزة في بروز الجبهة والانف الانفوس وكثافة الحواجب واللامع الغليظة والثنية العميقة بين الشفاه الغليظة والذقن . وتوجد اجسام غريبة في كرات الدم البيضاء وزيادة افراز المادة متعددة السكاكر اللزجة والاحماض الامينية في البول . وفيما بعد تأخذ الفقرات في التشقق وتشوه اليدين والردفين والركبتين ويتضخم الكبد والطحال ويموت معظم الأطفال فيما بين العاشرة والعشرين سنة من العمر . ولا يعرف لهذا المرض علاج .

تظف عقلية نتيجة قلة افراز الثوركسين ، الكريتينيزم :

هذه الحالة سواء وراثية او مكتسبة ، قد تؤدي الى تخلف النمو العقلي . واحيانا نلاحظ هذه الحالة عند الميلاد ولكنها لا تتضح عادة الا بعد عدة اشهر عندما تلاحظ ان الطفل لا ينمو في طوله . وتكون انسجة تحت الجلد سميكة حتى ان اللامع تبدو غليظة والجلد جافا وباردا ويبدو الطفل غبيا ومتنفخا ويبرز اللسان وتكون الشفتان سميكتين .

وقد تكون الجبهة مجمدة والشعر خفيفا ويوجد غالبا انتفاخ في البطن ، مع فتق سرى وبطء في النبض وعلامات عصبية كاضطراب الحركات وجود وبطء في ردود الافعال ومعدل التمثيل الغذائي الذى يختلف ما بين ٢٠ الى ٥٠ ، وقيمة اليود المرتبطة بالبروتين التى تتراوح ما بين ٤ الى ٨ وحدة لكل ١٠٠ سم^٢ ، اقل كثيرا مما يوجد في الحالات السوية . كما يلاحظ انخفاض استهلاك اليود المشع . وبعد سن الثانية يرتفع الكولسترول في الدم كما توضح دراسات اشعة اكس وجود مراكز لتكوين العظام والتحام الكراديس . وفي المناطق التى يشيع فيها تضخم الغدة الدرقية قد يرجع النوع الولادى الى نقص اليود سدى الام . ويتضمن النوع الولادى ايضا تلك الحالات التى تحدد فيها الوراثة نقص الانزيم مما يؤدى الى تخليق الثوركسين بدرجة غير ملائمة . وفي الحالات الاخيرة تبدو الغدة الدرقية سوية في شكلها ، على الرغم من انها قد تتضخم فيما بعد .

ويتضمن العلاج احداث حالة مبكرة من تعادل افراز الغدة الدرقية ، كلما امكن ذلك دون احداث اضطراب للقلب . وتعتبر خلاصة الغدة الدرقية المجففة ذات فاعلية كالثروكسين والترايودوثروكسين . ويجب تنظيم جرعات هذه العقاقير بدقة لتجنب اضطراب القلب . ويقرر في حالة الاطفال الصغار جرعة مبدئية يومية ما بين ١٥ الى ٣٠ مليجرام من خلاصة الغدة الدرقية المجففة . وكل اسبوعين او ثلاثة نزيد هذه الجرعة ١٥ مليجرام . وجرعات من ٤٥ الى ٦٠ مليجرام يوميا تكون ملائمة لاحداث حالة من تعادل افراز الغدة الدرقية لاعمار اقل من سنة . وفي الاعمار ما بين سنة وثلاث سنوات يحتاج الطفل ما بين ٧٥ الى ١٢٠ مليجرام يوميا ، ويحتاج ما بين ١٥٠ الى ١٨٠ مليجرام يوميا في الاعمار التى تزيد عن ثلاث سنوات . ولقد اوضحت الدراسات ان نصف الذين

يعانون من حالة الكريتينيوزم الشديدة التي تبدأ قبل الميلاد ، والتي تتضح في الأشهر الأولى من الحياة ، اذا ما عولجوا قبل بلوغ الشهر السادس من العمر ، تقترب نسبة ذكائهم من النسبة المتوسطة للذكاء وان أقل من خمس عدد أفراد المجموعة قد يواصل تخلفا عقليا بدرجة مقبولة .

والتأخر في بدء العلاج أقل خطورة في الحالات التي ينشأ فيها التخلف خلسة ولا يتضح اكلينيكيًا الا بعد أن يبلغ الطفل عامه الاول . وتظهر النتائج الباثولوجية العصبية نقصا في عدد الخلايا في القشرة ، وعدم تغليف في الالياف العصبية وتأخر في نضج المسارات العصبية والنورونات . كما يظهر رسام المخ مدى منخفضا للموجات ، وارتفاعا بطيئا لموجات الفا ، وتزول هذه الاعراض بالعلاج .

تخلف عقلي نتيجة نقص البريدوكسين :

نقص البريد وكسين اضطراب من الاضطرابات الوراثية ، يرتبط عدم علاجه بالتخلف العقلي وتقلص العضلات . والأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب يكونون في حاجة شديدة للبريدوكسين . وينتاب الطفل في الاسبوع الاول من عمره التشنجات . واعطاء الطفلس ١٠٠ مليجرام من البريدوكسين في الوريد يوقف هذه التشنجات ويحسن الصورة الاكلينيكية لرسام المخ . واعطاء الطفل ١٠ مليجرام من البريدوكسين يوميا ، بعد ذلك يزول عنه الاعراض .

تخلف عقلي نتيجة الاورام :

التصلب الدرني ، هذه الصورة الاكلينيكية من التخلف العقلي تعرف احيانا بالابيلويا وتتميز بالصرع والتخلف العقلي وطفح جلدي

محبب يشبه أورام الغدد الدماغية ولكنه يتكون في الحقيقة من زيادة في النسيج الضام والأوعية الدموية . وينشأ المرض من تشوهات بلاستومية ولادية تشمل الجهاز العصبي اللاكودرمي . ويظهر المخ اضطرابات منتشرة في التكوين الخلوي وأورام موضعية بالنسيج العصبي . وينتقل المرض عن طريق جين سائد .

تخلف عقلي نتيجة الاضطراب الكروموسومي :

المنجولية : يعرف هذا النوع من التخلف العقلي أيضا بمجموعة أعراض داون . ويتميز التخلف المنجولي بقصر القامة وصغر الجمجمة واستدارتها مع تفلطح المنطقية القذالة والوجه ، ويكون الشعر قليلا وخشناً والفمحة الجفنية ضيقة ومائلة مع انخفاض الطرف الداخلي عن الطرف الخارجي ، وامتداد ثنية من الجلد من الجفن العلوي على الزاوية الداخلية . ويكون اللسان كبيرا وبه شقوق مع تضخم حلماته وغالبا ما يكون ممتدا ويكون قصيرا وعريضا وأفطس واليدان قصيرتين غليظتين . كما يكون الأصبع الخامس قصيرا وغالبا ما يكون منحنيا . وتكون أربطة المفاصل في حالة استرخاء مع انخفاض توتر العضلات مما يعطى المفاصل حركة غير عادية . وغالبا ما يكون سقف الفم مشوها والبطن كبيرة والأعضاء التناسلية غير نامية . وتتميز بصمة راحة اليد والأصابع بتجميد واحد غالبا حيث يحل هذا التجميد محل التجميدين الرئيسيين اللتين تمران براحة اليد . كما يعاني عشر عدد المرضى من عجز ولادى في القلب . واستعداد المنجولي الجيد للتقليد غالبا ما يخفى في بادئ الأمر تخلفه العقلي . وتتراوح نسبة ذكاء المنجولين ما بين ١٥ و ٤٠ بحد أقصى ٥٠ . ويميل المخ لأن يحتفظ بنمط تلافيفه الجنينية مع مخيخ وجذع مخ صغيرين نسبيا . والخلايا العقدية في

الطبقة القشرية الثالثة ، تكون متباعدة وغير منتظمة الانتشار ، وبذلك ان هناك تغيرات شاذة في الغدة النخامية والدرقية . كما أن الجهاز القلبي والشرياني لم ينم نموا كاملا .

ولقد اظهرت دراسات الخلية أن الخلايا الجسمية للعنجلوى تحتوى على ٤٧ كروموسوم بدلا من ٤٦ كروموسوم نتيجة لثلاثية كروموسوم ٢١ . ولكن هناك حالات تحتوى الخلية الجسمية فيها على ٤٦ كروموسوم ولكن يوجد مزيد من المادة الموروثة على الكروموسوم ٢١ ، أو غيره من الكروموسومات ، عادة الكروموسوم ١٥ أو ٢٢ نتيجة لانتقال المادة الموروثة . وفي هذه الصورة الأخيرة من المنجولية نلاحظ انه في ربع عدد الحالات تقريبا ، يحمل أحد الوالدين الأم عادة ، انتقال المادة الموروثة . حيث تحتوى الخلية الجسمية للأم على ٤٥ كروموسوم فقط ، ولكن أحد الكروموسومات يحمل مزيدا من المادة الموروثة التى توجد عادة في كروموسومين في الحالات السوية .

والتعرض للاشعاعات ورددود فعل المناعة الذاتية والقصور في الدورة الدموية في المبيض قد تؤدي الى هذه الاضطرابات الكروموسومية . ويمكن التأكد من التشخيص بعد الميلاد ببضعة أيام عن طريق مزرعة أنسجة لكرات الدم البيضاء وعد الكروموسومات . وعلى أية حال لا يوجد علاج معين لهذه الحالات .

مجموعة امراض كينفلتر : توجد هذه الحالة في الذكور فقط ، وينتاب التخلف العقلى ربع الذين يعانون منها تقريبا . وهذه الحالة ترتبط باضطراب في الكروموسومات الجنسية . والأشخاص الذين يعانون من هذا الاضطراب يتميزون بطول القامة والتخافة مع كبن

الشدين وصفر الخصيتين وضعف الدافع الجنسي . وبالإضافة الى التخلف العقلى الذى يعانى منه هؤلاء الأشخاص فانهم قد يعانون من اضطرابات فى الشخصية كالقصور واضطرابات الشخصية الاجتماعية . وأكثر قليلا من نصف الحالات تحتوى خلاياها على ٤٧ كروموسوم ، حيث تحتوى الخلية على س س س بدلا من كروموسومى الجنس س س اللذين يوجدان فى الحالات السوية . ولقد لوحظ فى بعض الحالات س س س أو س س س س من الكروموسومات الجنسية . وفى أقل من نصف الحالات يوجد نوعان من الخلايا نتيجة لعدم الفصل الذى يجب ان يحدث فى عملية الانقسام غير المباشر لكروموسومات الخلية بعد التلقيح .

مجموعة اعراض ترنر : هذه الحالة التى تنتاب الاناث والتى ترجع ايضا الى عدم الفصل الذى قد يحدث فى عملية انقسام الكروموسومات ، يوجد كروموسوم س واحد مع عدم وجود كروموسوم ص . وينقص هؤلاء الاناث الخصائص الجنسية الثانوية ، ويظهرن بالإضافة الى التخلف العقلى تشوهات ولادية أخرى كقصر القامة وغشاء زائد بالرقبة والصمم وتشوه فى الأورطى .

تخلف عقلى نتيجة عوامل غير معروفة فى مرحلة قبل الميلاد :

هناك حالات من التخلف العقلى لا تعرف لها أسباب محددة ولكنها ترتبط بتشوهات فى الجمجمة والقشرة المخية . ومن بين الأشخاص المتخلفين عقليا الذين يظهرون خصائص مميزة فى الجمجمة ، او فى تكوين الجسم العام ، او فى تكوين المخ ، الأشخاص الذين يعانون من صغر حجم الرأس حيث لايزيد محيط الرأس عند اكتمال نموه عن ١٧ بوصة . ولا يتميز هؤلاء الأشخاص بصغر حجم الرأس فقط ولكنهم يتميزون

أيضا بتشوه شكله ، حيث تتفطح الجبهة والمنطقة القذالية . ويختد الشعر السلبي الملمس على الجبهة . كما يزيد جلد الرأس عن مقدار الجلد المطلوب لتغطية الجمجمة حيث تكون هذه الزيادة في الجلد ثانيا . وتكون الدفن عادة مفلطحة والقامة قصيرة . وكما يجب أن نتوقع من سعة الجمجمة فإن مخ الشخص صغير الرأس يكون ناقصا في نموه بدرجة واضحة .

وعلى الرغم من أن التكوين العقلي للكائن الحي يكون في معظمه ثابتا إلا أن هذا التكوين ينمو بالاستعمال إلى حد ما . فلقد وجد أنه عند فصل التوائم المتحدة بعد الميلاد مباشرة بحيث يتاح لأحدهما فرص تربية أفضل مما يتاح للآخر فإن نسبة ذكاء الأول تزيد عن نسبة ذكاء التوأم الذي ينشأ في بيئة غير جيدة . وحتى إذا لم تتم الاستعدادات العقلية فإن الاستعدادات الاجتماعية يمكن أن تتحسن . ويجب أن نذكر أن نمو الشخصية السوية لا يتطلب استعدادات عقلية فقط ولكنه يتطلب أيضا أبعادا انفعالية كالأحاساس بالمطف والأمن والاعتراف الاجتماعي وتحقيق الذات

والوقاية أسلوب هام في مواجهة التخلف العقلي . وتبدأ هذه الوقاية بتحسين المستوى الاجتماعي والاقتصادي ، فالظروف الاجتماعية والاقتصادية السيئة تمنع من خلق البيئة المادية والانفعالية المناسبة للطفل النامي . وتتطلب الوقاية ضرورة الكشف عن ملائمة دم الوالدين ورعاية الأم أثناء الحمل ومواجهة مشاكل الحمل والولادة والتعرف على الاضطرابات الوراثية في التمثيل الغذائي وعلاجها . ويقلل أيضا من التخلف العقلي التشخيص السريع وعلاج حالات إصابة الجهاز العصبي المركزي بالأمراض المعدية وحالات الصرع والتسمم وجراحة

الاورام المخية واستسقاء المخ وبؤرات الصرع . كما تتضمن الوقاية ايضا التعرف على الاطفال المعوقين ورعايتهم . وبالنسبة لحالات التخلف العقلى التى لم يتم لها التحسن فيفضل تقديم التعليم والتدريب فى مؤسسات خاصة حيث يقل عدد تلاميذ الفصول ، كما يقوم التعليم على نمو الفرد وتكيفه الاجتماعى . واذا الحق الطفل باحدى المؤسسات فمن الضروري ان تكون الاسرة على اتصال دائم بالطفل وان يقوم المشرفون على هذه المؤسسات بدور بديل للوالدين ، فيقدمون الدفء فى المعاملة والثبات فيها مما يؤدى الى الاحساس بالامن . كما يجب ان يجد الطفل فى هذه المؤسسات التعليم والتدريب الذى يناسب استعداداته . ويجب ان ننظر الى تلك المؤسسات على انها جزء هام من الجهاز التربوى . وهناك الكثير من المتخلفين ممن لا نستطيع اعدادهم للحياة بنجاح فى المجتمع ولكنهم يصبحون مواطنين نافعين داخل المؤسسات حيث الرعاية .

وبعض المتخلفين يتميزون بالنشاط الزائد والعُدوان والتخريب ويحدثون كثيرا من الضوضاء . وفى تلك الحالات تغيد عقاقير الفينوثيازين ، فغالبا ما يكون لها اثر مهدىء .

العلاج

يجب أن يقوم العلاج على أساس أن الفرد يعيش في جماعة وبين الفرد والجماعة تفاعل متبادل . ومن هنا يجب ألا يقتصر العلاج على أسلوب واحد ، بل يجب أن تتعدد أساليبه ، على أن تتكامل هذه الأساليب لتتناول العملية العلاجية من أبعادها المختلفة لتحدث تكاملاً في الفرد الذي اضطرب تكامله .

فقد تزيل العقاقير الأعراض الانفعالية ولكنها لا تغير من الضغوط البيئية أو من تكوين شخصية الفرد التي تؤدي إلى تلك الأعراض . فمرض الفصام بما يتضمنه من تغيير في التفكير والاحساسات والارتباط بالبيئة قد يستجيب للعلاج بالكوربومازين ولكن الميكاليزم الباثولوجي للمرض يبقى دون تأثير . كما أن قلق المريض العصبي قد يتأثر باستخدام الكلوردايزوكسيد مع بقاء الاستعداد للقلق العصبي .

وبهذا يرى المعالجون أن الأساليب الجسمية تكمل غيرها من أساليب العلاج ، فإذا لم تحل الصراعات الكامنة وراء الأعراض فإن فائدة إزالة الأعراض باستخدام الأساليب الجسمية تكون قليلة . على أن بعض المهتمين بالعلاج النفسي يرى أن الأساليب الجسمية بما تحدثه من خفض التوتر النفسي ، تقلل من دافع الفرد للعلاج النفسي وعلى ذلك نحرمة من فرصة تنمية شخصيته . وهذا الجدل يصدق بعض الشيء على الحالات العصبية أكثر من الحالات الذهانية .

وبهذه يجب أن تكون على وعى بحدود فاعلية الأساليب الجسمية في علاج الاضطرابات النفسية والتي يجب أن تستخدم ضمن برنامج شامل للعلاج .

وسنتناول هنا أساليب مختلفة جسمية ونفسية للعلاج مع توضيح الأسس التي تقوم عليها وكيفية استخدامها ومدى فاعليتها .
(م ٢٤ - الطب النفسي)

اساليب العلاج الجسمي

العقاقير النفسية

يمكن تقسيم العقاقير النفسية تبعاً لأسس مختلفة ، غير ان التركيب الكيميائي اكثر هذه الأسس دقة ، ولكن هذا التقسيم لايناسب الممارسة الاكلينيكية حيث ان المواد المتشابهة في التركيب الكيميائي يمكن ان تختلف في مفعولها تماماً .

والأساس العملي للتقسيم يمكن ان يقوم على أسس اكلينيكية لتحديد المواد في مجموعات رئيسية ، ثم تقسيم هذه المجموعات الرئيسية على أساس التركيب الكيميائي وعلى هذا فالعقاقير النفسية يمكن تقسيمها الى :

١ - المهدئات ، عقاقير تحدث تهدئة واضطراباً للحركات الارادية وتؤدي الى التخدير .

٢ - المهدئات الكبيرة ، عقاقير تحدث تهدئة لاتصل الى التخدير ، ولها مفعول مضاد للذهان .

٣ - المهدئات الصغيرة ، عقاقير تحدث تهدئة لا تصل الى التخدير ، ولكن ليس لها مفعول مضاد للذهان .

٤ - العقاقير المضادة للاكتئاب ، وتنقسم الى :

أ - عقاقير الترابسيكلينك ، عقاقير مضادة للاكتئاب تعمل على تنشيط الحالة المزاجية .

ب - عقاقير كافة للمونوامين اكسيديز ، عقاقير مضادة للاكتئاب لها مفعول يزيل الكف .

- ٥ - العقاقير المنشطة ، عقاقير تزيد من النشاط وتوقف النوم والجوع .
٦ - عقاقير السيكلبتكس ، عقاقير تحدث حالة من الاضطرابات
الذهانية .

وسيقصر تناولنا للعقاقير النفسية على العقاقير التي لها تأثير على
العملية الباثولوجية للاضطراب النفسي ، وذلك لفاعليتها العلاجية .

المهدئات الكبيرة

تعرف هذه العقاقير أيضا بالنيرولبتكس او العقاقير المضادة
للذهان ، ويمكن تقسيمها كيميائيا الى :

- ١ - مشتقات الفينوثيازين .
- ب - مشتقات الثيوكسانثين
- ج - مشتقات الداينزوثيازين
- د - مشتقات البتروفينون
- هـ - البروالفيا الكالويدز

والاثر المهدئ للمهدئات الكبيرة يختلف عن الاثر المهدئ للمهدئات،
حيث لا يكون لها مفعول تخديري ، كما لا يكون لها مفعول واضح على
مراكز التنفس . وهذه العقاقير لا تحدث توقفا في وظائف الجهاز المصفي
المركزي وانما تخفض من شدتها . فيلاحظ في حيوانات التجارب انخفاض
في النشاط التلقائي وكفا للمدوان وفقدان التهيب وكف الأفعال المنعكسة
الشرطية . وتزيد المهدئات الكبيرة من شدة المفعول المنوم للكحول
والباربيتوراتس وقلويدات الاوبيم ، كما انها تضاد المفعول المنشط
للامفيتامينز .

وبعض عقاقير المهدئات الكبيرة تزيد من سرعة حدوث التشنجات حيث تخفض من العتبة الفارقة لحدوثها . كما أن للمهدئات الكبيرة مفعولا أدرينوليتك على الجهاز العصبى الأتونومى ، فتؤثر على ضغط الدم وأعضاء الجسم .

وتتميز المهدئات الكبيرة اكلينيكي بأنها تحدث انخفاضا فى النشاط النفسى الحركى وتبلدا انفعاليا . ويصفها البعض بأنها عقاقير تخفض النشاط النفسى والتوتر دون أن تحدث تخديرا عندما تعطى بجرعات كبيرة . ويذكر البعض أنها تعمل على كف الدوافع دون تعويق للشعور مع عدم المبالاة بالبيئة ، كما تعمل على انخفاض النشاط النفسى الحركى .

وبعد تقسيم المهدئات الكبيرة تبعا لتركيبها الكيميائى ، يمكن تقسيمها تبعا لمفعولها الاكلينيكى . فهناك المهدئات الكبيرة التى لها مفعول تنويمى ، وأخرى ليس لها هذا المفعول . وعلى ذلك فعند علاج المريض الذى يعانى من حالة استشارة حادة ، يفضل المهدئات الكبيرة ذات المفعول التنويمى . ولكن هذا المفعول التنويمى يقل فى شدته مع استمرار تعاطى العقار .

وتبين نتائج الدراسات أن المهدئات الكبيرة التى تتميز بمفعول مهدىء وتنويمى شديد ، تفيد كثيرا فى علاج أنواع الاستشارة المختلفة ، بينما تفيد المهدئات الكبيرة التى تتميز بمفعول مهدىء بسيط مع مفعول شديد على الهذات والهلاوس واضطراب الفكر فى علاج الزهان المزمن .

ومن الواضح أن العلاج الطويل المدى يتطلب ألا تعوق التهدئة تأهيل المريض عن طريق العمل والعلاج المهنى ، وألا تعوقه هذه التهدئة

عن معاودة عمله . ولما كان المفعول التنويمى الذى تحدثه بعض المهدئات الكبيرة تقل شدته مع استمرار تعاطى هذه العقاقير ، فإنه يمكن استخدام هذه العقاقير ذات المفعول الكاف الشديد ، فى العلاج الطويل المدى وخاصة اذا اعطيت الجرعة الرئيسية فى المساء . الامر الذى لايشكو معه المريض من التعب اثناء النهار ، كما انه لا يحتاج الى منومات حيث ان حالات الذهان المزمنة غالبا ما تعاني من اضطراب شديد فى النوم .

ويوجد الآن عقاقير من المهدئات الكبيرة تستخدم فى العلاج الطويل المدى لبعض الحالات عن طريق حقنة واحدة كل ثلاثة اسابيع . وهذه المستحضرات لها قيمة خاصة للمرضى الذين لايعتمد عليهم عندما يتطلب العلاج تعاطى العقاقير بانتظام .

وتوضح العلاقة بين الخصائص الاكلينيكية للمهدئات الكبيرة وتركيبها الكيميائى ان مشتقات الفينوثيازين ذات السلسلة الجانبية داييميثيل امينو القلوية الدهنية ذات مفعول كاف للنشاط النفسى الحركى مع مفعول تنويمى . بينما المشتقات ذات السلسلة الجانبية من حلقة البيرازين يكون لها مفعول تنويمى بسيط ، ولكنها ذات مفعول شديد مضاد-للذهان . واليزيريبن له أيضا مفعول تنويمى بينما تختلف كل من مشتقات الثيوكسانثين والبتروفينون فى هذه الخصائص الاكلينيكية .

ومن ناحية الاعراض الجسمية التى تحدثها المهدئات الكبيرة نجد ان المهدئات ذات المفعول التنويمى ، تحدث اعراضا اوتونومية كزيادة سرعة دقات القلب ، وانخفاض ضغط الدم فى وضع الوقوف والرق . وبعد فترة طويلة من الاستخدام يظهر الارتعاش والباركينسونيزم . والعقاقير التى لا يكون لها مفعول تنويمى ، ولكنها ذات مفعول مضاد

للذهان ، تحدث مضاعفات اوتونومية اقل مما تحدثه من تقلصات في العين والغم واللسان والقصبة الهوائية والتي ترجع الى تأثير الجهاز الهرمى الخارجى وخاصة اذا كانت الجرعة المبدئية كبيرة . وغالبا ما تظهر هذه الاعراض فى الايام الاولى من العلاج . وقد تمتد هذه التقلصات الى عضلات الظهر والعضلات الطويلة فى الاطراف .

وهناك عقاقير من المهدئات الكبيرة تعمل على عدم كف النشاط النفسى الحركى والانفعالى عندما تعطى بجرعات صغيرة لحالات الفصام المزمنة ولكنها تعمل على كف النشاط النفسى الحركى عندما تعطى بجرعات كبيرة ، على الرغم من أن هذه العقاقير ليس لها مفعول تنويمى.

ويمكن اذن ان نذهب الى القول بأن استخدام المهدئات الكبيرة يجب ان يتباين . فالعقاقير التى لا يكون لها مفعول تنويمى ، ولكنها ذات مفعول مضاد للذهان تستخدم أساسا فى علاج الاضطرابات الذهانية الفصامية ، وتستخدم بجرعات صغيرة جدا فيما تستخدم فيه المهدئات الصغيرة . اما العقاقير ذات المفعول التنويمى والكاف للنشاط النفسى والحركى ، فانها تفيد فى علاج معظم حالات الاستثارة والقلق والتوتر الانفعالى .

ومجال استخدام المهدئات الكبيرة عندما يتطلب الامر أساسا سرعة الاستخدام ، مازال لحالات الاستثارة الشديدة ، سواء الذهانية أو غير الذهانية . بينما الاستخدام الطويل المدى عندما يستمر تعاطيها لسنوات ، يكون أساسا لحالات الذهان الفصامية .

وفى حالات الاكتئاب تستخدم المهدئات الكبيرة أساسا لازالة القلق وخفض محاولات الانتحار ، ولكنها تستخدم أيضا بديلا عن المنومات لما لها من مفعول تنويمى . كما تستخدم المهدئات الكبيرة بجرعات صغيرة

في حالات الاستثارة والقلق والتوتر التفاعلية ، وكذلك في علاج الاضطرابات النفسية الجسمية والتوتر الانفعالي المصاحبة للأمراض الجسمية .

وعلى الرغم من عدم وجود فروق واضحة بين فاعلية عقاقير المهدئات الكبيرة في العلاج إلا أن الملاحظة تدل على أن المرضى الذين لا يستجيبون لأحد العقاقير قد يستجيبون لعقار آخر . ويجب أن يحدد الطبيب الجرعة المناسبة من العقار ، وأن يتيح الوقت المناسب لحدوث مفعوله في سلوك المريض . وإذا لم يحدث العقار تأثيره بعد فترة من الزمن تتراوح ما بين بضعة أيام في حالة الاضطراب الشديد الحاد ، وبضعة أسابيع في الحالات الأقل حدة ، فعلى الطبيب أن يحاول استخدام عقار آخر .

ويستجيب المرضى لعقار ما بجرعات مختلفة ، وعلى ذلك لا توجد جرعات معينة محددة من أي عقار ، ولكن هناك مدى أمثل من الجرعات يستجيب له عدد كبير من المرضى . والمدى بين الجرعة الفعالة والجرعة السامة ، مدى كبير ، وعلى ذلك فيمكن للطبيب أن يزيد من الجرعة دون خوف إذا كانت هناك ضرورة علاجية لذلك . ولأنه لا يوجد جرعة مقننة فإن الجرعة الصحيحة لأي مريض يجب أن تتحدد بالخبرة .

وتختلف جرعات العقار كثيراً تبعاً للحالة ، فإذا كان المريض في حالة استثارة أو انزعالية شديدة فإنه يعطى العقار عن طريق العضل مع زيادة الجرعة سريعاً حيث تصل إلى ١٢٠٠ ملليجرام يومياً من الكلوروبرومازين أو من ٣٠ إلى ٦٠ ملليجرام يومياً من الهالوبريدول لمدة يومين أو ثلاثة أيام . وتقلل من الجرعة فقط بعد أن تقل استثارة المريض أو انزعاليته .

ولقد دلت النتائج على ان المرضى صفار السن الذين يمانون من الحالات الحادة يستجيبون للجرعات الكبيرة حيث تصل الجرعة الى ٢٠٠٠ مليجرام من الكلوريدومازين يوميا ، بينما لا يستفيد المريض الفصامى المتقدم في السن الذى يعانى من حالة مزمنة . ويجب ان نذكر ان مقدار الجرعة يتحدد احيانا بالمضاعفات الجانبية التى تتطلب الانتقال الى عقار آخر . وعندما يظهر المريض اقصى حد من التحسن مع استمرار هذا التحسن فيجب التقليل من الجرعة حتى تصل الى الجرعة التى يستمر بها العلاج . ومن الطبيعى انه عند عودة الاعراض فان الجرعة تزداد مرة اخرى . وللوقاية يمكن ايضا زيادة الجرعة قليلا عندما يتعرض المريض للضغط ، كالمعمل في وظيفة جديدة او مفادرة المستشفى والعودة الى المنزل . وتوضح الدراسات ان معاودة الاضطراب امر يصعب التنبؤ بوقت حدوثه . واستمرار العلاج يقلل بوضوح من خطر معاودة الاضطراب .

وعلى اية حال ، بينما يعاود الاضطراب . ٥ في المائة من المرضى متوسطى الاضطراب ، في خلال ستة اشهر من التوقف عن تعاطى العقار ، فان ٥ في المائة من المرضى لايعاودهم الاضطراب . وتقدير استمرار المريض في تعاطى العقاقير يجب ان يقوم على أساس معرفة ما يعانى المريض منه من اضطراب وموقف حياته عامة ، وعلى حساسية الطبيب الاكلينيكية . كما ان تاريخ من معاودة الاضطراب بعد التوقف عن تعاطى العقاقير ، يتطلب فترة اطول من استمرار تعاطى العقاقير .

المضاعفات : تحدث المهدئات الكبيرة عند استخدامها عددا من المضاعفات تتضح من تأثير هذه العقاقير في الجهاز العصبى المركزى والجهاز العصبى الاتونومى والجهاز الهرمى الخارجى وفي الغدد الصماء

والعين والجلد وفي الحساسية لهذه العقاقير . فعقاقير المهدئات الكبيرة تؤثر على الجهاز العصبي المركزي فتخفض من العتبة الفارقة للنوبات القشرية . ولكن هذه النوبات نادرا ما تنتاب المرضى الذين يتعاطون هذه العقاقير ، الا اذا كانت الجرعات كبيرة جدا . وعندما تحدث هذه النوبات فانها تكون قليلة . ومع هذا فاذا تعرض المريض الذي يتعاطى احد عقاقير المهدئات الكبيرة لنوبات سريعة ، فيمكن اعطائه احد العقاقير المضادة للتشنجات كمقار الديفينيل هيدانتوين . وفي بعض الحالات يمكن تقليل جرعة المقار المهدئ لعلاج مثل هذه النوبات .

وتحدث عقاقير المهدئات الكبيرة تهدئة وخاصة في الايام الاولى للعلاج . وتختلف هذه العقاقير فيما بينها فيما تحدثه من تهدئة . فالكلوبريدومازين ، والثيوريدازين يحدثان تهدئة بدرجة أكبر مما تحدثه عقاقير الفلوفينازين والترايفلوبرازين والهالوبريدول . غير ان المريض سرعان ما ينمو لديه تحمل لتلك التهدئة وما تحدثه من تناقل .

ويمكن ان نعالج هذه التهدئة والتناقل بالانتقال الى عقاقير اقل احداثا للتهدئة او بخفض الجرعة او باعطاء المريض جرعة اليوم كله عند النوم .

كما قد ينتاب المرضى الذين يتعاطون المهدئات الكبيرة ، الارض والارتباك والاحلام الشاذة واضطراب النشاط الحركي والجولان النومي وزيادة شدة الاعراض الفصامية . وبعض هذه المضاعفات ترتبط بالجرعة . وعلى ذلك قد تعالج بتغيير الجرعة أو تغيير العقاقير أو اضافة أو حذف عقاقير .

وتؤثر عقاقير المهدئات الكبيرة على الجهاز العصبي الأوتونومي فتؤدي الى جفاف الفم والحلق وعدم وضوح الرؤية ، وأحمرار الجلد والامساك واحتباس البول وشلل الامعاء والارتباك واتساع الحدقة وانخفاض ضغط الدم عند الوقوف . وربما يكون جفاف الفم أكثر هذه المضاعفات حدوثا . وهنا ينصح المريض بمضمضة فمه بالماء دائما أو يمكن استخدام البيلوكارين للتقليل من جفاف الفم . ويحدث غالبا انخفاض ضغط الدم عند وقوف المريض في الأيام الأولى من العلاج وخاصة عندما يعطى المريض جرعات كبيرة عن طريق العضل . وعلى ذلك يجب ان تزداد جرعات العقاقير ببطء شديد مع قياس ضغط الدم عند الوقوف . وينصح أحيانا باستخدام عقاقير قابضة للاوعية الدموية .

• ويؤدي تأثير عقاقير المهدئات الكبيرة في الجهاز الهرمي الخارجى الى بطء الحركات الإرادية وتثاقل المشي والى الجمود وارتعاش العضلات في حالة الاسترخاء ، والى الوجه النمطى . كما يؤدي الى حركات شاذة في الرقبة والوجه واللسان . ويؤدي أيضا الى عدم القدرة على الجلوس المستقر وعدم الاستقرار الحركي والخوف من الجلوس . وعلى الرغم من أن اضطراب النشاط الحركي هذا يمكن أن يختفي تلقائيا في فترة قصيرة من الزمن إلا أنه يفضل إعطاء المريض أحد العقاقير المضادة للباركينسونيزم ويمكن أن نعالج حالات الاضطراب الحركي الحادة التي لا تستجيب للعقاقير المضادة للباركينسونيزم بالكافين أو الدايزيام أو الميثيل فينيدات .

• ويذهب بعض الأطباء الى معارضة إعطاء العقاقير المضادة للباركينسونيزم لكل المرضى الذين يتعاطون عقاقير المهدئات الكبيرة للوقاية ، لاعتقادهم بأن أعراض الجهاز الهرمي الخارجى لا تنتاب معظم

المرضى وأن الجرعات الكبيرة من هذه العقاقير لها مضاعفاتها التي تظهر في اضطراب الرؤية وجفاف الفم وشلل الأمعاء واحتباس البول . وقد ينتاب المرضى فقدان الذاكرة والادراك كما ننتابهم الهلوس . بينما يفضل البعض الآخر اعطاء العقاقير المضادة للباركينسونيزم للوقاية لأن مضاعفات الجهاز الهرمى الخارجى تزعج المريض كثيرا ، وخاصة اذا كان المريض خارج المستشفى . كما يرى هؤلاء الاطباء ان كثيرا من الاعراض الاكلينيكية لمضاعفات الجهاز الهرمى الخارجى من تبدل وتناقل وفقدان الحيوية وقلة القدرة على المشاركة في الانشطة الاجتماعية تكون غير واضحة ويكون تشخيصها امرا صعبا .

وعلى ذلك لاينصح باستخدام العقاقير المضادة للباركينسونيزم مع المرضى الذين يعالجون داخل المستشفى حيث أن المرضى عادة مايتحملون مضاعفات الجهاز الهرمى الخارجى . وقد يفيد أحيانا استخدام مثل هذه العقاقير للوقاية في حالة المرضى الذين يعالجون خارج المستشفى . وفي تلك الحالات يجب أن تبدأ بحد أدنى للجرعة ونمدل منها كما يتطلب الامر . وبعد عدة أسابيع أو اشهر قد لايجتاج المريض للعقاقير المضادة للباركينسونيزم ويمكن أن نخفض منها تدريجيا . ومضاعفات الجهاز الهرمى الخارجى التي تتطلب اهتماما خاصا في حالة العلاج الطويل المدى تظهر في اضطراب حركة الفكين واللسان وتجهم الوجه ، وتقلص عضلات الرقبة والظهر ، كما ينتاب الأصابع والرسغ حركات الزف .

واضطراب الحركات تنتاب خاصة تلك الحالات التي تتعاطى جرعات كبيرة من عقاقير المهدئات الكبيرة لسنوات عديدة . وقد تظهر الاعراض في أى وقت أثناء العلاج بهذه العقاقير . واذا حدثت أعراض الاضطراب الحركى أثناء تعاطى المريض العقاقير فان هذه الاعراض قد يتكرر حدوثها

أو تزداد شدتها بعد عدة أيام أو أسابيع من تقليل الجرعة أو توقف العلاج . فتوقف العلاج يظهر اضطراب الحركات الذي يخفّض ماحدثه عقاقير المهدئات الكبيرة من جمود حركى . وفى بعض الحالات تخففى الاعراض بعد توقف العلاج ، وفى حالات أخرى تستمر الاعراض طويلا . وليس بالضرورة ان تفيد العقاقير المصادة للباركينسونيزم فى علاج الاضطراب الحركى بل قد تزيد من شدة الاعراض فى بعض الحالات . وقد تفيد العقاقير التى تشبه الريزيربين .

ويتضح تأثير عقاقير المهدئات الكبيرة على الفقد الصماء فى افراز اللبن عند الاناث والعنة عند الذكور ، على الرغم من ان العنة ربما ترجع الى تأثير العقاقير على الجهاز العصبى الاوتونومى أكثر من تأثيرها على الفقد الصماء . وعلى أية حال فان هذين المضاعفين نادرا الحدوث . وقد تؤدي هذه العقاقير أيضا الى تغيير منحنى السكر فى اتجاه مرض السكر ، وفى حالة الاناث تؤدي الى نتيجة ايجابية خاطئة فى اختبارات الحمل الهرمونية . وعندما ينتاب المرضى تضخم فى الثديين وافراز اللبن فانه يمكن علاج هذا بتغيير العقاقير أو تقليل الجرعة .

ولقد أوضحت الدراسات ان عددا قليلا من المرضى يتعرض لاضطرابات تصيب العين والجلد نتيجة تعاطى هذه العقاقير لفترة طويلة . والتغيرات التى تصيب العين تظهر فى صورة تراسيب حبيبية ذات لون ابيض بنى فى القرنية والعدسة . وأحيانا تتلون بالمتحمة أيضا بصفة بنية . غير ان هذه الاضطرابات لا يصحبها تدهور فى الشبكية كما لا يصاحبها اضطراب فى الابصار . وتظهر اضطرابات الجلد فى فقدان لون مناطق الجلد التى تتعرض مباشرة للشمس . ولان هذه المضاعفات التى تصيب العين والجلد ترتبط بالتعرض المباشر لضوء الشمس

وبالجرعة الكلية ، فيجب عدم التعرض للشمس ، كما يجب علاج المرضى الذين يحتاجون لمدة طويلة من العلاج بجرعات صغيرة .

وتتضح اضطرابات الحساسية في الصفراء التي تظهر عادة خلال الثمانية الأسابيع الأولى من العلاج والتي يسبقها عامة عدة أيام من أعراض تشبه أعراض الأنفلونزا كالفتيان وارتفاع درجة الحرارة والم البطن والقىء والاسهال . وتختفى هذه الأعراض خلال عدة أسابيع مع معاودة الكبد لوظائفه العادية . وعندما ينتاب المريض الصفراء نتيجة تعاطى أحد العقاقير فمن الضروري إيقاف إعطاء هذا العقار .

ومن اضطرابات الحساسية أيضا نقص كرات الدم البيضاء الذي يعتبر من أشد مضاعفات هذه العقاقير . وينتاب هذا الاضطراب عادة الإناث المتقدمين في السن اللاتي يعانين من أمراض الجهاز الدموي .

وينشأ المرض فجأة وغالبا ما يحدث خلال الأسابيع الثمانية الأولى من العلاج . ويتميز المرض بارتفاع درجة الحرارة فجأة ، والتهاب القصبة الهوائية وظهور قروح بالفم وهنا يجب توقف إعطاء العقار .

وأثناء الأسابيع الأولى من العلاج قد يحدث أيضا تجلط في الدم كما قد ينتاب المريض الانيميا نتيجة تحلل كرات الدم الحمراء .

المهدئات الصغيرة

تعرف عقاقير المهدئات الصغيرة أيضا بالاناراكيتيكس ويمكن تسميتها الى : -

أ - مشتقات الجليكول

ب - مشتقات الباي سيكليلك دايفنيل ميثان

ج - مشتقات البنزودايزين
د - مشتقات الداينزوبايسيكلووكتادين

وليس لهذه العقاقير مفعول مضاد للذهان حيث لآثار لها على اضطرابات التفكير القسامية والهلاوس والهلذات . كما ليس لها مضاعفات في الجهاز الهرمى الخارجى وقد يحدث اعتماد جسمى عليها . وبالتالى اعراض انسحابية بعد استخدامها بجرعات كبيرة لمدة طويلة . ويبدو ان لبعض عقاقير المهدئات الصغيرة تأثير على استثارة النشاط النفسى الحركى الدهانية . ويمكن القول بان مفعول المهدئات الصغيرة اقل شدة وعلى ذلك فهذه العقاقير اقل ملاءمة فى علاج الاستثارة الدهانية منها فى علاج الاستثارة والقلق والتوتر غير الدهانية وخاصة التفاعلى منها . وبالإضافة الى ذلك فان الحالات النفسجسمية والتوتر الانفعالى الذى يصاحب المرض الجسمى تستجيب جيدا للمهدئات الصغيرة وخاصة عندما يصاحبها تقلص عضلى .

ويوضح الاثر الفعال المضاد للقلق للمهدئات الصغيرة ، استخدامها مع العقاقير المضادة للاكتئاب فى علاج حالات الاكتئاب التى تتميز بالقلق والاستثارة . وهذا المفعول المضاد للقلق يرتبط بالآثر التنويمى لهذه العقاقير .

وتزيد المهدئات الصغيرة عادة من العتبة الفارقة للتشنج ، وعلى ذلك تستخدم كمقاقير مضادة للصرع ، حيث تزيل كذلك من الاستثارة التى يعانى منها هؤلاء المرضى .

المضاعفات : مضاعفات عقاقير المهدئات الصغيرة ليست شديدة وأكثر هذه المضاعفات حدوثا الاضطراب المعرفى والدوار

والتناقل واضطراب الحركات الإرادية . ولا تحدث هذه العقاقير تسمما في الكبد ، كما لا يكون لها مضاعفات في الجهاز العصبي الأوتونومي أو في الجهاز الهرمي الخارجي .

وقد يحدث طفح والتهاب في الجلد وشلل في العضلات الخارجية للعين . ونادرا ما تحدث حالات من اضطراب المعدة والأمعاء . وقد تؤدي هذه العقاقير إلى الاستثارة ولكن هذه الاستثارة غالبا ما تحدث في حالة الإصابة العضوية وفي حالة المرضى المتقدمين في السن والأطفال الزائدي الحركة .

ومن مضاعفات المهدئات الصغيرة أيضا أنها تحدث اعتمادا جسيما عليها ، وبالتالي أعراضا انسحابية عند تعاطيها بجرعات كبيرة لمدة طويلة .

العقاقير المضادة للاكتئاب

تقسم العقاقير المضادة للاكتئاب إكلينيكيًا إلى عقاقير التيمولبتكس أو الترايسيكليك التي ترفع أساسًا الحالة الانفعالية ، وعقاقير التيمركس أو العقاقير الكافة للمونامين أكسيدز التي توقف أساسًا من حالة الكف .

وتنتمي كل عقاقير التيمولبتكس المعروفة إلى مركبات الترايسيكليك دايفنيل أمين ومركبات الدايفنيل ميثان ، ويمكن تقسيمها إلى :

١ - مشتقات الداينازيبين التي يمكن تقسيمها بدورها إلى :

- مشتقات الأمينوداينزول

- مشتقات الأمينواستيلين

- ب - مشتقات الداينزودايزين
- ج - مشتقات الداينزوسيكلوهبتادين
- د - مشتقات الداينزوسيكلوهبتارين
- هـ - مشتقات الدايدروانثراسين
- و - مشتقات الداينزوثيين
- ز - مشتقات الدينزواكسين
- ح - مشتقات الانثراسين
- و - مشتقات الاكريدان
- ل - مشتقات الاندول

وبينما ترتبط عقاقير الثيمولبتكس كيميائيا ، فان عقاقير الثيميريتكس تنتمي الى مركبات كيميائية مختلفة ، ولكنها تشترك في خاصية كف المونوامين اكسيديز حيث تعرف بالعقاقير الكافسة للمونوامين اكسيديز ، وتنقسم الى :

- ١ - مشتقات الهيدرازين
- ب - الفنيل سيكلوبروبيل امينز
- ج - البنزيل ميثيل بروبيل امينز
- د - مشتقات الاندول

ومن الخصائص الرئيسية لعقاقير الثيمولبتكس تنشيط الامينز . فهذه العقاقير بجرعات متوسطة تزيد من مفعول الامينز الفسيولوجية الادرينية ، وخاصة مفعول النورابينفرين في الجهاز العصبي الطرفي والمركزي . كما انها تزيد من المفعول المنشط للامفيتامينز . ولهذه العقاقير مفعول يصاد ما يحدثه الريزيبين من تهدئة . ولعقاقير الثيمولبتكس مفعول يصاد الاثر التنويمى الذى تحدثه المهدئات الكبيرة

ولكن بجرعات كبيرة تحدث هذه العقاقير مفعولا مهدئا مركزيا حيث تخفض النشاط التلقائي ، وتزيد من مفعول الباربيتوراتس ، وتضاد مفعول المنشطات المركزية ، بينما تمنع عقاقير الشيمركس أو العقاقير الكافة للمونو أمين اكسيديز ، تاكسد المونوامينز والتي تتراكم عند الوصلات العصبية .

ولقد تقدم علاج الاكتئاب باكتشاف هذه العقاقير حيث تستخدم على مدى واسع . وعلى الرغم من فاعلية العقاقير المضادة للاكتئاب في ٨٥ في المائة من الحالات فهناك مشاكل في استخدامها وخاصة تلك التي تتعلق بمشكلة نوع الاكتئاب الذي تستخدم لملاجه .

وتعتبر عقاقير الترايسيكليك أكثر العقاقير المضادة للاكتئاب فاعلية، كما انها أقل مضاعفات ، وتفضل في علاج معظم الحالات .

وعامة فان حالات الاكتئاب الشديد تستجيب بدرجة أفضل لهذه العقاقير بينما تستجيب حالات الاكتئاب المزمن أو الاكتئاب العصبي بدرجة أقل . وتظهر استجابة المريض للعلاج بعد فترة من ٧ الى ١٤ يوما . والمرضي الذين لا يستجيبون بعد ثلاثة أو أربعة أسابيع من العلاج بجرعات مناسبة يحتمل ألا يستجيبوا على الإطلاق " ويجب إعطاؤهم عقار آخر أو تستخدم معهم الصدمات الكهربائية . ولقد أوضحت معظم الدراسات وجود فروق بسيطة بين عقاقير الترايسيكليك من حيث فاعليتها وسرعة مفعولها .

وتعتبر الجرعة متغيرا هاما في علاج الاكتئاب بمقاقير الترايسيكليك . ومن الضروري أن يحدد الطبيب بدقة حالة المريض الصحية ، وزيادة الجرعة تتوقف على سن المريض وحالته الصحية وخاصة الجهاز الدوري وندة الاكتئاب . فإذا كان المريض يعاني من اكتئاب شديد أو حالة (م ٢٥ - الطب النفسي)

والقريش ، والكحول وكبدۃ اللواجن والبقول والاسماك المملحة وغيرها من اطعمة . كما يجب تجنب العقاقير التى تحتوى على مركبات السمباثوممية كمعاقير الابينفرين والامفيتامينز ، والافدرين والدوبامين ، والفنيل پروبانولامين وغيرها .

ولعلاج هذه المضاعفات يستخدم الفنتولامين ، بجرعة ٥٠ مليجرام فى الوريد او ٥٠ مليجرام كلوريدومازين فى العضل .

وقد تحدث نوبة من انخفاض ضغط الدم اذا استخدمت العقاقير الكافه للمونوامين اكسيديز مع العقاقير المدرة للبول .

ومن مضاعفات هذه العقاقير ردود فعل ارتفاع درجة الحرارة التى تعتبر من المضاعفات الشديدة . وتحدث عندما تستخدم العقاقير الكافه للمونوامين اكسيديز مع عقاقير التريسيكلية . وقد تحدث ردود الفعل هذه ايضا عندما تستخدم العقاقير الكافه للمونوامين اكسيديز مع عقاقير الامفيتامينز . وتتميز ردود الفعل هذه بارتفاع درجة الحرارة والدوار والارتعاش والتشنجات والاستثارة التى قد تتطور الى غيبوبة ثم الموت .

وعلى ذلك يجب ان تتاح فترة ما بين ٧ الى ١٤ يوما ليصل مستوى العقاقير الكافه للمونوامين اكسيديز فى الدم الى مستوى مناسب قبل استبدالها بمقرر آخر من العقاقير .

وقد تؤدى العقاقير الكافه للمونوامين اكسيديز الى حالة من الارتباك الحاد مع اضطراب فى القدرات العقلية والوعى . وقد تحول هذه العقاقير ايضا الاكتئاب التباطىء الى اكتئاب قلقى او استثنائى . وقد

تؤدي أحيانا الى ذهان فصامى حاد او الى حالة تحت الهوس . وتربط ايضا العقاقير الكافة للمنوماتين اكسيديز باضطراب الرغبة الجنسية والاستسقاء والدوار وارتفاع العضلات والضعف العام وعدم وضوح الكلام وتوثر العضلات وزيادة توتر العضلات وردود الفعل المنعكسة . ولقد لوحظ ايضا التهاب الاعصاب الطرفية الذى يشبه التهاب نقص البرودوكسين .

وعند استخدام العقاقير المضادة للاكتئاب يفضل عقاقير التراسيكلية فى حالات الاكتئاب التبايىء الداخلى والذى غالبا ما يعرف بالاكتئاب الشديد او الذهاني . فهذه العقاقير تؤدي الى تحسن نسبة ما بين ٧٠ الى ٨٠ فى المائة من الحالات فى خلال شهر واحد . وقد تزداد النسبة الى ٨٥ فى المائة عندما تستخدم العقاقير الكافة للمنوماتين اكسيديز فى علاج المرضى الذين لا يستجيبون لعقاقير التراسيكلية بعد فترة فاصلة مدتها اسبوع او اكثر .

ويرى بعض الاطباء استخدام الصدمات الكهربائية مع المرضى الذين لا يستجيبون لعاقير التراسيكلية .

وتتحسن بعض حالات الاكتئاب التفاعلى غالبا بعد عدة ايام او اسابيع باستخدام العلاج النفسى وجرعات صغيرة من العقاقير المضادة للقلق . ولا يستخدم هنا عقاقير التراسيكلية والعقاقير الكافة للمنوماتين اكسيديز . ويذهب بعض الاطباء الى القول بأن العقاقير الكافة للمنوماتين اكسيديز لها فاعليتها فى علاج حالات الهستيريا التى يصاحبها الاكتئاب .

وفى بعض الحالات يؤدي اكتئاب الشيخوخة الى أعراض قد يخلط بينها وبين شيخوخة المنح العضوية ، حيث الارتباك والسلوك غير

ما بين ٨ الى ١٩ مليجرام في اللتر . وفي حالة الهوس قد نهدأ بجرعة ٣٠٠ مليجرام من ثلاث الى خمس مرات يوميا عن طريق الفم مع قياس نسبة الليثيوم في الدم مرتين او ثلاث مرات اسبوعيا حتى تصبح النسبة من ١ الى ٤ مليجرام في اللتر .

وفي حالة المرضي الذين يتعاطون جرعات استمرارية يجب قياس نسبة الليثيوم شهريا ويجب ملاحظة اعراض الليثيوم التسممية التي قد تنشأ من التغير الحاد في تحمله .

ويوجد هناك تناقض في نتائج استخدام الليثيوم في علاج الطور الاكتئابي من اضطراب الهوس الاكتئابي . وقد يستخدم هذا العقار في علاج الحالات التي لا تستجيب للعقاقير والاساليب العلاجية الأخرى . ولا يستجيب مرض الفصام للعلاج بالليثيوم . وتظهر بعض الحالات ردود فعل عصبية شديدة مع زيادة شدة الاضطراب الذهاني . ويستجيب المرضي الذين يتميزون بالمزاج الفصامي لليثيوم بدرجة أقل مما يستجيب له مرضي الهوس ، وقد ينتاب البعض حالات من الارتباك التسممي .

المضاعفات : عندما يستخدم الليثيوم استخداما صحيحا فانه يكون عقارا قليل المضاعفات . وتشيع بعض المضاعفات المبكرة ولكنها عادة ما تزول خلال عدة ايام .

وتكثر اعراض المعدة والأمعاء وتشمل تقلصات المعدة والغثيان والقيء والاسهال . وتحسن هذه الأعراض بتعاطي الليثيوم مع تناول الطعام . ومن الأعراض المبكرة الأخرى الظمأ وكثرة التبول والتعب

ضعف العضلات والارتباك العقلي البسيط . ويشيع ارتعاش اليد البسيط والذي لا يتحسن بالعقاقير المضادة للباكينسونيزم . ومن المضاعفات الأخرى زيادة الوزن والجويتر .

والأعراض التي تدل على حالة شديدة من التسمم وتطلب التوقف عن تناول العقار تشمل القيء والإسهال وعلامات اضطراب عصبي عضلي شديد واضطراب الحركات الإرادية وعلامات من تسمم الجهاز العصبي المركزي كالارتعاش والارتباك وحركات الزفن والتصر في اخراج مقاطع الكلام .

ويؤدي التسمم بالليثيوم الى حالة من النعاس والارتباك وزيادة ردود الفعل المنعكسة العميقة ، ونوبات من التشنج واضطراب الوعي واهتزاز مقلّة العين ، وزيادة توتر العضلات . وهذه الأعراض علامات لحالة التسمم الشديد التي قد تتطور الى غيبوبة عميقة ثم الموت .

ويمكن علاج حالة التسمم هذه بالأمينوفيلين ، والمواد المدرة للبول كالبيوريا . وببكتونات الصوديوم . وفي الحالات الشديدة يستخدم التحليل الفشائي . ويجب الوقاية من المضاعفات الرئوية وتنظيم وظيفة الكليتين والتنفس وضغط الدم والالتزان الإلكتروني .

وتشمل الحالات التي يمنع فيها استخدام الليثيوم ، أمراض القلب والدورة الدموية ، وأمراض الكليتين والطعام القليل الملح ، واستخدام المواد المدرة للبول وزيادة إفراز العرق والإسهال ونقص ماء الجسم الشديد وإصابة المخ والسن المتقدمة .

ويمتص الليثيوم سريعا من القناة الهضمية ويفرز عن طريق الكليتين .

حالة ارتباك لمدة نصف ساعة أخرى . واثناء هذه الفترة يكون تحت الملاحظة وبعد ساعة او يزيد من العلاج ، يستيقظ المريض ويتناول طعام الإفطار حيث يعطى العلاج فى الصباح عندما تكون معدة المريض خالية من الطعام وبعد تمضية ليلة دون طعام .

ويعطى العلاج عادة ثلاث مرات فى الاسبوع ويستمر المقرر العلاجى من ست صدمات الى اثنتى عشرة صدمة . وكمية الكهرباء التى تمر على المخ تختلف ما بين ٣٠٠ الى ١٢٠٠ مليامبير بجهد كهربائى ما بين ٧٠ الى ١٣٠ فولت . ويعطى الثيوبنتال لانه بدونه يشعر المريض بالمر فى الصدغين وغيره من الاحساسات غير السارة اثناء بدء مرور التيار الكهربائى حتى يبدأ التشنج . ويعطى الاتروبين لتقليل افرازات القصبة الهوائية فتقل اضطرابات التنفس نتيجة الافرازات الزائدة .

ويضعف السكسينيل كولين الانتباضات العضلية اثناء العلاج . وبدون اضعاف الانتباضات العضلية يحدث عدد من الكسور فى الفقرات والعظام الطويلة اثناء الحركات التشنجية فى العلاج . وتقويس الظهر والرقبة وتثبيت الجسم اثناء العلاج يقلل من حدوث الكسور ، وقطعة المفاط فى الفم تمنع عض اللسان والشفيتين ، كما تساعد على وجود من هوائى مناسب .

وينفذ علاج الصدمات الكهربائية فى حالات الاكتئاب الشديد والاضطرابات القسامية والهوس التى لا تستجيب لاساليب العلاج الأخرى . وفى حالات الاكتئاب يفضل معظم الاطباء استخدام العقاقير المضادة للاكتئاب أولا ، ويلجأون لاستخدام الصدمات الكهربائية مع الحالات التى لا تستجيب للعقاقير . ويحتمل الا تكون العقاقير ذات فاعلية اذا كان المريض يعانى من هذاعات . فهذا المريض يفيد منه

الصدمة الكهربائية . وإذا كان المريض يحاول الانتحار فإن بعض الأطباء يرى ضرورة البدء بالصدمة الكهربائية . ويستخدم بعض الأطباء العلاج بالصدمة مع العقاقير المضادة للاكتئاب في حالة المرضى الذين يحاولون الانتحار كثيرا .

. ويستخدم العلاج بالصدمة في علاج الاضطرابات الفصامية ولكن استخدامها قد قل كثيرا باستخدام عقاقير الفينوثيازين المضادة للذهان . وقد تفيد الصدمة الكهربائية عندما يكون الذهان الفصامي حديث النشأة مع تاريخ للمريض من التكيف الجيد الى حد ما في علاقاته مع الآخرين . وعلى أية حال فهؤلاء المرضى يستجيبون عادة للعقاقير المضادة للذهان . وقليل ما تفيد الصدمة ، المرضى الذين ينتابهم الاضطراب الذهاني تدريجيا على مدى فترة طويلة من الزمن ، وتميز شخصيتهم قبل المرض بسوء التكيف مع الآخرين . وعلى أية حال ، تستخدم الصدمة بعد ممارسة استخدام عقاقير الفينوثيازين أو غيرها من العقاقير المضادة للذهان .

. ويستجيب معظم مرضى الهوس لعقاقير الفينوثيازين أو العلاج بالليثيوم . ولكن هناك حالات تستجيب بدرجة أكبر للعلاج بالصدمة الكهربائية بالإضافة الى عقاقير الفينوثيازين . بينما لا تستجيب بعض الحالات للعقاقير ، ولكنها تستجيب للصدمة .

ويعطى العلاج بالصدمة في المستشفى أساسا ، ولكن بعض الأطباء يعطون الصدمة الأخيرة للمرضى خارج المستشفى اذا ما اظهروا تحسنا كبيرا مع بداية العلاج . وينتاب المرضى عادة اضطراب في الذاكرة مع نهاية مقرر العلاج ، الامر الذي يتطلب بقاءه في المنزل فترة ما بين أسبوعين وثلاثة أسابيع حتى يزول اضطراب الذاكرة .

الكهربائية . كما يجب أن يعطى المريض اكسجيناً قبل الصدمة وبعدها مباشرة إذا كان يعاني من اضطراب في الدورة الدموية . ويجب أن يؤجل العلاج بالصدمة في حالة المرضى الذين يعانون من كسور حديثة في العظام . ولكن مع أحداث الاسترخاء المناسب بالسكسينيل كولين تقل خطورة الصدمات . ويمنع العلاج بالصدمة تماماً في حالة الضعف العضلى .

وعلى الرغم من عدم وجود تفسير واضح لفاعلية الصدمات الكهربائية في العلاج ، إلا أنها أسلوب له فائدته في العلاج .

غيبوبة الأنسولين

العلاج بغيبوبة الأنسولين الذى شاع استخدامه في علاج الفصام من أوائل الثلاثينات الى أوائل الخمسينات ، قد استبعده الآن معظم الأطباء تماماً . غير أن بعض الأطباء يستخدمه مع بعض حالات الفصام التى لا تستجيب لأساليب العلاج الأخرى . ويجب أن يستخدم هذا العلاج مع الحالات التى تتميز بصحة جسمية جيدة ، لمضاعفاته الخطيرة ، ويعطى العلاج صباحاً ولخمس أو ستة أيام في الأسبوع .

وتبدأ حقنة الأنسولين بخمس أو عشر وحدات في الصباح الأول . وتزداد بمقدار عشر أو عشرين وحدة كل يوم الى أن نحصل على الجرعة التى تحدث غيبوبة عميقة . وعادة ما تكون الجرعة التى تحدث الغيبوبة ما بين ٨٠ و ٢٠٠ وحدة .

ورد الفعل في غيبوبة الأنسولين ينقسم عادة الى خمس مراحل . ففي المرحلة الأولى يبدأ كبت وظائف القشرة المخية والمخيخ مع تشاغل

واسترخاء عضلى . وفى المرحلة الثانية يحدث كبت لوظائف القشرة المخية والمخيخ مع تلبد الشعور وعدم الاستقرار العضلى أو الاستثارة . وتتميز المرحلة الثالثة بتحرر مراكز العقد القاعدية والهيپوثالموس من تحكم القشرة المخية ويفقد المريض شعوره . كما ينتاب المريض انماط مختلفة من الحركات الجسمية ، ويظهر علامات من نشاط الجهاز العصبى الأتونومى . وفى المرحلة الرابعة يتحرر المخ المتوسط ومراكز النخاع العليا من تحكم المراكز العليا ، وينتاب المريض غيبوبة عميقة مستمرة . وفى المرحلة الخامسة تتحرر مراكز النخاع السفلى من المراكز العليا وينتاب المريض غيبوبة عميقة مع كبت الأفعال المنعكسة للأوتار واسترخاء عضلى .

ويحتاج المريض عادة لساعتين تقريباً ليصل إلى المرحلة التالية بعد حقن الأنسولين . ويرى معظم الأطباء أن ساعة من الغيبوبة العميقة فى المرحلة الثالثة أو الرابعة تكفى للعلاج . ويمكن إنهاء الغيبوبة بحفنة من جلوكاجون هيدروكلوريد أو بحقن محلول الجلوكوز فى الوريد أو بإعطاء المريض محلول السكر المشبع بواسطة الأنوبة ، ويعطى المريض غذاء يحتوى على نسبة كبيرة من الكربوهيدرات بمجرد أن يستيقظ ويستطيع تناول الطعام والشراب .

ومقرر العلاج بغيبوبة الأنسولين يشتمل عادة على ٥ غيبوبة . وللعلاج بغيبوبة الأنسولين مضاعفات شديدة كاستسقاء الرئتين والقصبية الهوائية واضطراب الأوعية الدموية ، وردود فعل لانخفاض نسبة السكر فى الدم بعد انتهاء الغيبوبة بعدة ساعات وظهور دماغ فى الرئتين، والتشنجات .

الجراحة النفسية

بدأ هذا الأسلوب من العلاج في منتصف الثلاثينات وجذب اليه كثيراً من الانتباه . وفي هذه الجراحة تقطع الانبياف التي تصل الفصوص الجبهية بالثالموس . وقد استمرت هذه الجراحة موضع جدل كثير الى أوائل الخمسينات ، حيث قل الاهتمام بها . فكثير من الاطباء يعارض فكرة تحطيم نسيج المخ كوسيلة لحل اضطرابات الفرد النفسية بالإضافة الى ضعف ما تؤدي اليه من نتائج .

وتقوم هذه الجراحة على أساس ان الوصلات بين الأجزاء الامامية من القشرة المخية الجبهية مع الثالموس لها دور في استجابات الفرد الانفعالية . وتستخدم هذه الجراحة لخفض الاستثارة والقلق في حالات الاكتئاب الشديد والفصام وعصاب الوسواس والقهر وفي غيرها من اضطرابات نفسية .

وينتاب المريض بعد العملية مباشرة حالة من الارتباك ، كما انه يحتاج لعدة أسابيع او يزيد للتدريب على أعمال النظافة والسلوك الاجتماعي . ولا يصل المريض الى السلوك التكيف الثابت ، الا بعد فترة ما بين ستة اشهر وسنة ، بعد الجراحة . وعلى الرغم من ان كثيراً من المرضى يكونون أقل قلقاً واستثارة بعد العملية الجراحية الا انهم عادة ما يفقدون امكانية العلاقات التي تقوم على التفهم مع الآخرين .

العلاج بالاستنشاق التشنجي

في هذا العلاج يستنشق المريض غاز الفلورثيل حيث ينتابه نوبة تشنج . ويسبق استنشاق المريض للغاز اعطاءه الاتروبين والباربيتورات والسكنيل كولين ، كما في علاج الصلصات الكهربائية .

ويرى الأطباء المؤيدون لهذا الأسلوب من العلاج أن نتائجه تتساوى مع نتائج العلاج بالصدمات الكهربائية مع قلة ارتباك المريض .

العلاج بالنوم

يستخدم هذا النوع من العلاج أحيانا ، حيث ينام المريض أو يوضع في حالة نعاس لمدة عشرة أيام تقريبا ، باعطائه عن طريق العضل أو الفم عقاقير مهدئة أو مضادة للقلق أو مضادة للذهان بجرعات كبيرة . ولقد استخدم هذا العلاج مع عدد كبير من الاضطرابات ولكن لا يوجد هناك دليل على أنه يعطي نتائج جيدة .

وفي هذا العلاج قد ينتاب المريض الهذيان والهلاوس والارتباك والالتهاب الرئوي .

العلاج الفسيولوجي

يفيد هذا النوع من العلاج في حالات القلق والتوتر العضلي الانفعالي . ويحتمل أن يكون ذلك من خلال تأثيره على انتظام الحركات العضلية ، وزيادة نشاط الدورة الدموية في الجلد والأنسجة .

ومن صور العلاج الفسيولوجي الشائعة تدليك مجموعة العضلات الكبيرة في الظهر والرقبة والاطراف . والعلاج بالاستحمام الذي يفيد في خفض استثارة المريض وقلقه .

اساليب العلاج النفسي

يهدف هذا النوع من اساليب العلاج الى مساعدة المريض في التعرف على مشاكله وحلها وتحسين علاقاته مع الآخرين .

ويعتبر العلاج النفسي هو العلاج المفضل للاضطرابات العصابية واضطرابات الشخصية ولكثير من مشاكل التكيف الانفعالي . وقد يستخدم كوسيلة رئيسية في علاج كثير من الامراض النفسجسمية . وغالبا ما يكون دور العلاج النفسي محدودا في علاج كثير من الاضطرابات الذهانية ، ويكون اكثر فائدة في مراحل النقاهة . وقد يفيد العلاج النفسي مرضى التخلف العقلي الذين يعانون من مشاكل عصابية وغيرها من المشاكل الانفعالية بالاضافة الى تخطفهم العقلي . فارشاد آباء المتخلفين عقليا قد يساعد في فهم تنشئة أطفالهم بسهولة وفاعلية . وفي بعض الحالات قد تفيد طريقة الارشاد المرضى الذين يعانون من اصابة عضوية بسيطة في المخ الذين يحاولون التكيف الانفعالي .

والعلاج النفسي قد يكون له مشاكله . فتناول العلاج النفسي بشده البعد الانفعالي المؤلم ، قد يؤدي بالمريض الى الاضطراب . فالمرضى الذى يكتشف اتجاهات كامنة من الجنسية المثلية قد يتعرض لحالة شديدة من القلق . ويمكن للمعالج أن يتناول مثل ذلك الموضوع بحذر شديد بعد فترة طويلة من العلاج النفسي ، ويجب الا يتعرض لهذا الموضوع اذا كان تكامل شخصية المريض ضعيفا . وفي حالات أخرى قد ينتاب المريض شعور بالذنب وحالة من الاكتئاب الشديد عندما يكتشف انه يعاني من احساسات عدوانية نحو والديه وغيرهما من الاشخاص المقربين . ويزداد هذا الشعور بالذنب والاكتئاب خاصة . عندما يموت هؤلاء الاشخاص المقربون ، والامراض النفسجسمية

كاضطرابات المعدة والأمعاء والتوتر العضلى تشيع بين المرضى عندما
يكتشفون مشاكلهم الانفعالية المؤلمة .

وفى بعض الحالات قد يؤدى العلاج النفسى الى نوبات من الاضطراب
الذهانى ، فالشخص العصابى الذى يتميز بضعف اختباره للواقع قد
يتعرض لاضطراب فصامى عندما يبدأ فى مواجهة ما يعانى منه من
اضطراب . واكتشاف المريض لما يعانى منه من شعور بالعدوان والذنب
قد يؤدى الى حالة من الاكتئاب الشديد ، وفى حالات قليلة قد يؤدى
العلاج النفسى الى حالة من الهوس .

وعندما يؤدى العلاج النفسى الى تغير فى تكوين شخصية المريض
فانه أحيانا يسبب مشاكل فى علاقاته مع الآخرين . فالشخص الذى
يعانى من اضطراب سلبية شخصيته قد يصبح مسيطرا نتيجة العلاج
النفسى . واذا كان هذا المريض متزوجا من امرأة عدوانية تنسم
بالرغبة الشديدة فى السيطرة على الآخرين من حولها ، فان مشاكل
أسرية قد تنشأ نتيجة هذا التغير فى شخصيته . ويجب هنا أن تخضع
الزوجة للعلاج النفسى لحل حاجاتها غير الصحية من السيطرة على
الآخرين .

ومشكلة أخرى قد تظهر فى العلاج النفسى الطويل الأمد تتمثل فى
احساسات قوية من المريض نحو المعالج . وهذه الاحساسات قد تكون
احساسات عدوانية أو عاطفية أو احساسات بالاعتماد . وتناول ما قد
ينشأ بين المريض والمعالج من احساسات من أشد مشاكل العلاج النفسى
صعوبة . ولكن فى معظم الحالات يمكن استخدامها كأدوات لاعطاء المريض
بصيرة بمشاكل شخصيته ومساعدته على حلها .

وتقرير العلاج النفسى يجب أن يقوم على دراسة دقيقة للمريض قد تستمر لعدة جلسات من التشخيص مع استخدام الاختبارات النفسية . وبهذا يستطيع المعالج أن يختار للعلاج النفسى المرضى الذين قد يستفيدون من العلاج . ويتضمن العلاج النفسى عمليات يكشف بها عن حاجات الفرد وصراعاته وخبراته ويحاول أن يكسبه تفهما وبصيرة بها ، مع التعديل من سلوكه ، وبهذا يتحقق الهدف منه .

ففى عملية التنفيس يمكن أن يعبر المريض عن احساساته وافكاره القلقة وشعوره بالذنب وغيرها من انفعالات دون خوف أو انتقاد . ففى المواقف الأخرى التى يعبر فيها المريض دون تحفظ عن احساساته وافكاره ، قد يواجه باستجابات غضب أو عدم احترام أو عدم مبالاة مما لا يساعده على تفهم نفسه وعلى حل مشاكله الانفعالية . وبالإضافة الى ذلك فالمعالج لديه التدريب المهنى لمساعدة المريض على حل مشاكله الانفعالية واكتساب بصيرة جديدة .

وفى العلاج النفسى يكتسب المريض بصيرة بطبيعته وعلاقاته مع الآخرين فى مواقف الحياة الماضية والحاضرة مما قد يؤدي الى تعديل فى علاقاته . فقد يكتشف المريض أنه سلبى مع الآخرين لانه يشعر بان الخضوع هو الوسيلة الوحيدة لاكتساب عطفهم وتجنب كراهيتهم . وفى حالات أخرى قد يكتشف أنه عدوانى لخوفه من أنه اذا لم يسيطر على الآخرين فانهم سيمسيطرون عليه ويتحكمون فيه . وقد يكتشف المريض كيف أن منوء علاقاته بالآخرين فى الماضى قد اثرت فى سلوكه الحاضر . فقد يدرك عدوانيته نحو النساء وأن هذا الانجذاب نشأ عن كراهية مزمنة لأمه أو بديل لها منذ طفولته . وأن هذا الصراع يؤثر فى علاقاته بزوجته وبناته وغيرهن من نساء فى خياله الحاضرة . وقد

يكشف مريض آخر ان اباه لم يشبع له حاجته الى العطف والقبول ، حيث كان يعامله ببرود وتباعد ، مما ترك في المريض حاجة شديدة الى العلاقة الدافئة مع الرجال . فيسمى المريض في حياته الحاضرة الى ارضاء رؤسائه في العمل ، ويتزعج اذا رفضوه او انتقدوه .

ومن العمليات التي يتضمنها العلاج النفسي اكتساب المريض بصيرة بشمات شخصيته واساليبه في تناول احساساته . ففي كثير من الأحيان قد يكون لدى المريض فهم محدود او مشوه عن تكوين شخصيته ، والفهم الجيد يؤدي الى حل كثير من المشاكل الانفعالية والصعوبات في العلاقات مع الآخرين . فالمرأة التي تتسم بالقهرية ، والتي تعمل دون حدود للابقاء على منزلها نظيفاً ومنظماً وتعادي أسرته بسبب ذلك ، فقد تدرك في العلاج النفسي ان قهرتها ليست بالسمة الحميدة ، ولكن هذه القهرية اضطراب في شخصيتها يجعل من منزلها مكاناً يتميز بالبرود والتوتر . والمريض السلبي الذي يعمل على ادخال السرور على الآخرين ليكتسب قبولهم له ، قد يرى انه شخص لا يعاني من صعوبات في علاقاته مع الآخرين ، وفي العلاج النفسي قد يكشف ان القبول والرفض المطلقين يمثلان اضطراباً في الشخصية .

ويتضمن العلاج النفسي كذلك تحليلاً لعلاقة المريض بالمعالج ، فالمريض يميل الى ان ينقل الى علاقته بالمعالج كثيراً من مشاكله الانفعالية وصراعاته التي لم تحل . فالمريض الذي يسعى الى الاعتماد الانفعالي على الآخرين لكي يشعر بالامن ، يميل الى الاعتماد على المعالج . والمريض الذي يقاوم بمناد كل انواع السلطة يميل الى مقاومة المعالج . والعلاقة التي يقيمها المريض مع المعالج غالباً ما تأخذ نمط علاقات المريض مع الآخرين . فالمريض الذي كان يثور في طفولته ومراهقته ضد اب يتسم

بالقموة والسيطرة ، قد يتلوم المعالج الذى ينظر اليه كبديل للأب
بمصاد . والمريض الذى يعانى من الخوف من فقدان أمه طوال سنوات
تنشأته غالبا ما يتعلق انفعاليا بالمعالج . والمريض الذى يعانى من
الكرهية أو الاحساسات المختلطة غير المستقرة نحو أحد الوالدين أو
كليهما غالبا ما يتخذ هذه الاتجاهات الانفعالية فى تفاعله مع المعالج .
وعلى المعالج ألا يندمج انفعاليا فى نمط العلاقة التى يحاول المريض أن
يقيمها معه . فالمعالج يجب ألا يفضى من المريض الذى يظهر كراهية
نحوه ، كما أنه يجب ألا يفرط فى رعاية المريض الذى يتعلق به ، وأن
يساعد المريض على أن يدرك تدريجيا كيف أن سلوكه نحوه يكشف عن
كثير من المشاكل الانفعالية التى تؤدى إلى أعراضه والصعوبات التى
يعانى منها .

ويتضمن العلاج النفسى خبرة تصحيحية تساعد فى تعديل سلوك
المريض ، فالمريض السلبي الذى يخاف ممارسة الكراهية ، قد يقوم
بخبرته الأولى فى التعبير عن غضبه عندما يثور على المعالج . فالمعالج
لا يواجه الغضب بالغضب أو برفض المريض ، بل يساعد المريض ويرى
أن الغضب أحيانا سمة صحية ، ويساعد المريض على حل احساسات
القلق والذنب التى تتناوب عندما يفضى . والمريض القصامى الذى يخاف
مناقشة أسراره بحرية مع أى شخص قد يستفيد كثيرا من خبرة حديثه
عن مشاكله مع المعالج . ويبدأ فى عدم الخوف من عرض أسراره على
الآخرين ، ومن هنا يبدأ علاقات أكثر صحية .

ومن عمليات العلاج النفسى الإيحاء . فالمعالج الفعال يمكن أن يحدث
لدى المريض احساسا بأنه بخير ، مما قد يساعده على إزالة الأعراض
البسيطة والتعديل من سلوكه . وحيث أن الإيحاء لا يحل المشاكل
الانفعالية التى تسبب أعراض الاضطراب النفسى فإن تأثيره يكون مؤقتا .

العلاج النفسي التحليلي

يختلف هذا النوع من التحليل النفسي في انه لا يهتم كثيرا بمضمون الاشعور ، ويشجع استخدامه كاسلوب للعلاج النفسي الفردي لانه اقل استهلاكا للوقت والمال من التحليل النفسي ، ويمكن أن نتناول به كثيرا من الاضطرابات النفسية الفصامية والذهانية واضطرابات الشخصية وردود الفعل النفسسيولوجية . كما يسمح بمرونة اكبر في استخدام اساليب اخرى من العلاج كاستخدام العقاقير والعلاج الجماعي والارشاد الاسرى . هذا بالإضافة الى انه لا يتطلب كثيرا من التدريب .

والهدف الاساسى في العلاج النفسي التحليلي ازالة الامراض . ويمكن أن نتناول سمات الشخصية والدفاعات غير المرغوب فيها بالتعديل ، ولكن هذا ليس بالامر الاساسى كما في التحليل النفسي . وعلى أية حال ، يمكن مساعدة المريض في أن يتناول الصراعات والمواقف المثيرة للقلق بكفاءة اكثر وبمضاعفات اقل . . .

ويستمر المقرر العلاجى من عدة أشهر الى سنتين أو اكثر ، حيث يتقابل المعالج والمريض لمدة خمسين دقيقة مرة او مرتين اسبوعيا . ويتحدث المعالج والمريض وجها لوجه في جلسة مريحة . وغالبا ما يكون المعالج نشطا في اتخاذ القرارات وتقديم الاسئلة والتوضيحات ويساعد المريض في الكشف عن مشاكله . كما يلاحظ احاسانسات المريض وافكاره وايماعاته وحركات جنتمه وغيرها من وسائل تعبير المريض واستخدامها في العملية العلاجية .

وقد يستخدم المعالج احلام المريض كمادة للكشف عن مشاكله .

فيري في الأحلام تعبيرا عن رغبات المريض ومخاوفه وصراعاته في علاقاته الحاضرة والماضية . غير أن كثيرا من المعالجين لا يلجأون الى تحليل الأحلام . وكثير من المعالجين الذين يتبنون هذا الأسلوب يشركون أعضاء آخرين من أسرة المريض في عملية العلاج اذا كان هذا أمرا مفيدا . وكقاعدة عامة ، فالمعالج يقوم بعلاج عضوا واحدا من الأسرة فقط . فاذا كان المعالج يقوم بعلاج أحد الزوجين وتطلب الأمر علاج الآخر ، فان على المعالج أن يحيله الى معالج آخر . فعندما يقوم المعالج بعلاج كلا الزوجين فانه عادة ما يلاحظ أن كلامهما يصبح أقل تعبيرا خوفا من أن المعالج قد يكشف عن أسرار أى منهما للآخر . ولكن اذا رأى المعالج أرشاد كل من المريض وشريكه قد يساعد في حل مشاكل علاقاتهما فقد يتجمعهما في جلسات ارشادية مشتركة .

ويتضمن أسلوب العلاج النفسي التحليلي أن المريض لا يكون على وعى بكثير من خبرات علاقاته الماضية والحاضرة التي أدت الى اضطرابه وان جانباً كبيراً من العلاج يخصص لوضع هذه الخبرات في وعى المريض وان كثيراً من هذه الذكريات والصراعات تكون مؤلمة حتى أن المريض لا يذكرها الا بعد فترة طويلة من العلاج .

التحليل النفسي الفرويدي

يهدف علاج التحليل النفسي الى تعديل ابعاد شخصية الفرد ودفاعاتها وازالة الأعراض . والفكرة الأساسية في نظرية التحليل النفسي الفرويدي تقوم على أن الخبرات التي تسبب الاضطرابات النفسية تحدث أثناء السنوات السبع الأولى من الحياة ، على الرغم من أن خبرات الفرد بعد ذلك قد تؤدي الى الاضطرابات النفسية الا أنها

ليست الأسباب الأساسية . والأمباب الرئيسية للاضطراب النفسي تنشأ من علاقات المريض بوالديه في هذه الفترة . وعلى ذلك فالمعالج يوجه أسساً الى حل الصراعات الانفعالية التي تكون قد حدثت في السنوات السبع الأولى . وترى نظرية التحليل النفسي أن معظم الاضطرابات الانفعالية التي تسبب الاضطرابات النفسية توجد في اللاشعور ، ويمكن الكشف عنها بصعوبة شديدة . واحدى الوسائل للكشف عن محتويات اللاشعور يقوم على تحليل الاحلام ، فمن تحليل الاحلام تتكشف تدريجياً المخاوف والاحساسات والخبرات الموقلة .

ويمكن ايضا الكشف عن اضطراب العلاقة بين المريض ووالديه في سنوات حياته الأولى بتحليل علاقة المريض بالمعالج . وترى نظرية التحليل النفسي الفرويدى أن المريض ينقل الى المعالج كل الصراعات التي خايرها بوالديه أو أحدهما أثناء السبع سنوات الأولى من حياته . فاذا كان المريض يخاف من أبيه ويكن له الكراهية ، فإنه يوجه احساس الخوف والكراهية الى المعالج أثناء مراحل العلاج المختلفة . ومن طريق علاقة المريض بالمعالج ، يمكن أن يساعد المعالج المريض في حل هذه الاضطرابات التي لم تحل في الحياة الواقعية .

ولا يؤكد أسلوب التحليل النفسي كثيراً على ضغوط علاقات المريض الحاضرة ويرى المحلل النفسي الفرويدى أن المريض اذا استطاع حل مشاكل شخصيته الأساسية التي تنشأ في طفولته فإنه يستطيع أن يتعامل بنضج مع أى ضغط في المواقف الحاضرة ، ويقوم بحلها تلقائياً . ويندر أن يتصل المعالج بأى فرد فى أسرة المريض ، ويرى أن ذلك الاتصال يعوق انطلاق المريض فى التعبير ويشوه الاتجاهات التلقائية التي قد تتخذها علاقة المريض بالمعالج .

وفي علاج التحليل النفسي ينام المريض على سرير بينما يجلس
المعالج بجانب طرف السرير بحيث لا يراه المريض . ويطلب المعالج من
المريض أن يعبر بحرية عن كل ما يتوارد اليه من أفكار واحساسات .
وترى نظرية التحليل النفسي أنه من خلال هذه العملية ، يكشف
المريض تدريجيا الصراعات اللاشعورية التي تسبب مشاكله الانفعالية .
ويحضر المريض جلسات لمدة ٥٠ دقيقة من ثلاث الى خمس مرات
اسبوعيا . والتحليل النفسي يستمر من ثلاث الى خمس سنوات .

وفي التحليل النفسي الفرويدي يقوم المحلل بدور سلبى ، بينما
يقوم المريض بكل الحديث . وهذا يحث المريض على أن يسمعه
احساساته على شخصية محايدة وبنى علاقة تحويلية ويكتشف ذاته .
ويجب أن يكون المحلل انسانا ومتفهما ولا يتسم بالبرود ، ولكنه يكون
فعالا في عملية اكتشاف المريض لذاته . ومن وقت لآخر يترك دوره
السلبى ويوضح العلاقة او الارتباط بين حادثين او موقعين او أكثر ،
لا يدرهما المريض . ولا يكفى أن يكون هذا التفسير صحيحا ، بل
يجب أن يكون توقيته مناسبا ، حتى يعطى فى الوقت الذى يتقبله
المريض . وبهذا يكتسب المريض استبصارا يساعده على فهم ذاته .

والاضطرابات العصابية من بين الاضطرابات النفسية التى عادة
ما تستجيب جيدا للتحليل النفسى . ومن بين الاضطرابات العصابية
تستجيب الحالات الهستيرية والقلق جيدا ، بينما يصعب استجابة
الخوف والواسوس القهرى للتحليل النفسى . كما يصعب أيضا استجابة
حالات الاكتئاب . وتستجيب المرضى الذين يعانون من اضطرابات
الشخصية والاضطرابات الجنسية ورتود الفعل النفسجنسية للعلاج
بدرجة افضل منما يرتقبون قبليه . وبعض الاضطرابات

النفسية لا تخضع للتحليل النفسي . ومن هذه الاضطرابات الاضطرابات
الذهانية النشيطة والسيكوباتية وبعض الاضطرابات النفسجسمية في
اطوارها النشيطة . ويمكن لبعض الاضطرابات الذهانية والنفسجسمية
في حالة عدم نشاطها أن تخضع للتحليل النفسي ، ولكن هذا التحليل
يجب أن يتم بدقة لتجنب اثاره شدة المرض . ويمنع التحليل النفسي
عندما تقل قدرة المريض على ادراك الواقع .

ولقد حاول بعض المعالجين تعديل أسلوب التحليل النفسي حيث
يكون المعالج أكثر ايجابية فيتحادث بدرجة أكبر مع جلوس المريض بدلاً
من نومه . كما تستخدم أيضاً العقاقير المهدئة والعقاقير المضادة
للاكتئاب . ولقد دلت النتائج على استجابة بعض المرضى بدرجة أفضل
لهذا الأسلوب المعدل .

العلاج السلوكي

يقوم العلاج السلوكي على أساس من النظرية السلوكية التي ترى
أن سمات شخصية الفرد تتشكل وتتغير عن طريق ما يتعرض له الفرد
من تدعيم وانطفاء لأنماط سلوكه المختلفة . والعلاج السلوكي يتناول
اعراض الاضطراب السلوكي مباشرة ، أكثر من تناوله العمليات المرضية
اللاشعورية المسببة للأعراض . ولا يستخدم الاستبصار كأساس
للعلاج ويهتم بأنماط السلوك غير المتكيفة أو غير المناسبة التي يمكن
قياسها وملاحظتها بدقة وتعديلها .

والعلاج السلوكي أساليب مختلفة . فهناك أسلوب العلاج بخفض
الحساسية حيث يقوم العلاج على تعرض المريض على مراحل متزايدة
إلى الشيء أو الموقف الذي يخافه ويسبب له القلق . وبهذا يقل خوف

المريض تدريجيا . واسلوب الكف المضاد حيث يدرب الفرد على السيطرة على عرض انفعالي أو نمط سلوكي بسلوك مضاد . فيدرب المريض الذي يعاني من القلق الشديد على احداث حالة من الاسترخاء العضلي والانفعالي . وفي اسلوب التدميم ، يثاب المريض على السلوك المرغوب فيه . فيثاب الطفل في كل مرة لا يظهر فيها اللزمة العصبية ، او يثاب الفرد عندما لا يؤدي الحركة القهرية . وبهذه الطريقة تزول تدريجيا السمة غير المرغوب فيها . وفي اسلوب الانطفاء يزول العرض أو النمط السلوكي غير المرغوب فيه تدريجيا عندما لا يأتي بفائدة على المريض . فالمريض الذي يسيطر على اسرته وزملائه في العمل بنوبات الهستيريا ، يفقد هذا العرض عندما يتجاهل الآخرون من حوله نوباته كلية . وعلى ذلك ينطفئ هذا العرض أو النمط السلوكي . ويتضمن اسلوب الاشتراط السلبى تكرار مصاحبة مثير سلبى للسلوك الذى نرغب فى التخلص منه . ويستخدم هذا الاسلوب فى علاج حالات ادمان المخدرات والكحول وبعض انواع الاضطراب الجنسى . ففي حالة ادمان الكحول يعطى المدمن حقنة من مادة مقيئة فى الوقت الذى يتعاطى فيه الكحول حيث ينتابه القيء . ويتم هذا مرة يوميا الى أن تؤدي رغبة ورائحة ومذاق الكحول تلقائيا الى نفور منه .

ومن الواضح أن العلاج السلوكي يتطلب رغبة شديدة من المريض فى تناول هذا النمط من الخبرات العلاجية ليتخلص من مشاكله . كما أن نتائج العلاج السلوكي لم تتضح بعد . ويرفض هذا الاسلوب من العلاج كثير من المعالجين لانه لا يعطى اهتماما كبيرا لخبرات المريض الماضية وعلاقاته مع الآخرين ، وانفعالاته واحساساته .

العلاج الإرشادي التدميمي

لا يستطيع كثير من المرضى المشاركة الفعالة في أى من أساليب العلاج السابقة فلا يستطيعون الحديث طويلا عن احساساتهم وعلاقاتهم الماضية والحاضرة ولا يرغبون في الاندماج في العلاج السلوكى . ويمكن للمعالج ان يساعد هؤلاء المرضى باستخدام أسلوب الارشاد . فالمعالج يحاول أن يخفف من الاعراض وان يعطى للمريض ثقة بالنفس وينصحه بأساليب للتكيف بدرجة أفضل للحياة . وبأسلوب الارشاد قد يقدم المعالج خدمة ذات قيمة للمريض ولأسرته . فقد يساعد المعالج المرأة على ان تقوم بدور الأم والزوجة بدرجة أفضل او يساعد الرجل على ان يستمر كرجل أعمال وأب وزوج . وفي كثير من الحالات يستخدم الارشاد فقط بعد أن تظهر محاولة بعض أساليب العلاج الأخرى أن المريض لا يستطيع الاشتراك في أنواع أعمق من العلاج بالمقابلة .

وفي أسلوب الارشاد قد يبدأ المعالج بجلسة مسع المريض كل اسبوع أو اسبوعين ، وفيما بعد غالبا ما تمتد الفترة بين الجلسات الى شهر أو شهرين أو ثلاثة . وتكون مدة الجلسة ما بين ٢٠ الى ٢٥ دقيقة .

ويستخدم المعالج هنا كثيرا من الاطمئنان وشرح طبيعة اعراض المريض الانفعالية وتوضيح كيفية تناول مشاكل الحياة اليومية . وفي بعض الحالات قد يقوم المعالج بمقابلة اقارب المريض لارشادهم ، الأمر الذى قد يؤدي الى راحة المريض انفعاليا كما قد يؤدي الى علاقات أفضل مع الآخرين . وغالبا ما يتحسن المريض كثيرا عند الحديث مع المعالج عن اعراضه ومخاوفه ومشاكل علاقاته . وتقبل المعالج لما يقوله المريض ، وطمأنته اياه ، وقدرته على فهم ما يحسه المريض ، كلها أمور

تفيد المريض . وفي أسلوب الارشاد لا تخضع علاقة المريض بالمعالج للتحليل ولكن المريض غالبا ما ينظر الى المعالج على انه شخص قوى وحكيم يأخذ عنه الهدوء والثقة ليواصل حياته .

والمشكلة الشائعة في أسلوب العلاج بالارشاد ، اعتماد المريض على المعالج حيث ان اعراض المريض تكف اثناء العلاج ولكنها لا تزول به . ويجب على المعالج ان يكون على وعى بهذه المشكلة من البداية . وغالبا ما يجب ان يحدد للعلاج وقت معين واهداف معينة ومناقشة ذلك مع المريض بحكمة . وفي بعض الحالات يمكن تجنب الاعتماد بعد فترة ما بين الجلسات بمجرد تحسن المريض .

العلاج النفسي الجماعي

يتكون العلاج النفسي الجماعي من عمليات تحدث في جماعات رسمية منظمة تهدف الى تعديل شخصية وسلوك الافراد الاعضاء من خلال تفاعلات جماعية محدودة . ويقوم العلاج الجماعي الى حد كبير على الأسس النظرية التي يقوم عليها العلاج الفردي ، حيث يستخدم أسلوب التحليل والتوجيه المباشر وغير المباشر . ومع هذا فلعلاج الجماعي ابعاده ، فيتناول مشاكل لايتناولها العلاج الفردي دائما . ويتميز العلاج النفسي الجماعي عن الفردي بالاقتصاد في المال والعاملين، وليس هذا فحسب ، فالعلاج النفسي الجماعي يحقق تصحيحا لخطر عزلة الفرد التي تسببها الحياة الحضرية . فهناك حاجة لان يقترب الأفراد من بعضهم البعض . فالعلاج النفسي الجماعي يقدم معملا للعلاقات الانسانية الآمنة حيث يتاح للفرد الفرصة لاختيار الطرق المختلفة لعلاقاته مع الآخرين واكتشاف كيفية استجاباتهم له .

واحترام المريض لذاته يزداد عندما يكون هناك عطاء متبادل بينه

وبين افراد الجماعة . والاستبصار الحقيقى والتفسير يتم غالبا من مريض لآخر . ويصبح المريض ايضا معالجا فى الجو الذى يسوده التعاون المتبادل .

والعلاج النفسى الجماعى يستخدم كثيرا فى العيادات الخارجية المزدحمة ومؤسسات الاطفال الجانحين ، ومراكز علاج مدمنى الكحول والمخدرات ، ومراكز خدمات الاسرة والطفولة وعيادات ارشاد الطفل وغيرها . وعلى اية حال ، فالمعالج يشعر ان اساس العلاج الجماعى يقوم على ان بعض المرضى قد يحصل على نتائج من العلاج الجماعى لم تكن لهم فى العلاج الفردى .

فالمعالجون الذين يستخدمون العلاج الجماعى يشيرون الى ان العلاج الجماعى يتيح الفرصة فى جلسة جماعية لحل المشاكل الانفعالية التى تنشأ عن اضطراب العلاقات مع الآخرين . ففى العلاج الجماعى يمكن للمريض ان يكتشف تدريجيا مخاوفه وعدوانه واشتياقه وغيرها من احساسات نحو اعضاء الجماعة ، وعلى ذلك يمكنه ان يحل مشاكله الانفعالية التى تنشأ من علاقاته المبكرة مع الآخرين . وعلى ذلك يصبح العلاج الجماعى خبرة تصحيحية فى العلاقات مع الآخرين .

والعلاج النفسى الجماعى يتيح للمرضى الذين يتسمون بالخجل والانزالية والذين يخافون من الاتصال الوثيق بالآخرين فرصة لتنمية علاقات مريحة فى جلسات اجتماعية خاصة . ففى كل الجماعات الاخرى يجد هؤلاء المرضى الاهمال او السيطرة عليهم من الآخرين ، ولكن فى جماعة العلاج يمكن لهؤلاء المرضى تحليل مخاوفهم من الاتصال بالآخرين والتغلب على الضغوط العادية فى العلاقات معهم والتى كانوا (م ٢٧ - الطب النفسى)

ينسحبون منها دائما في الماضي . والمريض الذى يعانى من الخوف من السلطة قد لا يعبر عن احساساته في العلاج الفردى ، ولكن قد يتغلب على صمته في الجماعة حيث يمكن أن يعبر عن كراهية نحو المعالج بسهولة ، كما أن الاحساسات التى قد يشعر بها المريض في العلاج كال حاجة الى الاعتماد او الاشتياق العاطفى او القلق التى قد تنشأ عن العلاج ، تنخفض حدتها في الموقف الجماعى . ففي العلاج الجماعى لاتكون هذه الاحساسات موجهة الى المعالج فقط ، ولكن المريض يشعر بها نحو افراد الجماعة الآخرين ، وعلى ذلك تكون أقل تهديدا للمريض . والعلاج النفسى الجماعى يسمح ايضا للمريض أن يفسر من درجة مشاركته تبعا لارتياحه في الاوقات المختلفة وحاجته للمشاركة او القيام بدور أقل لبعض الوقت ، وقد يبقى صامتا لفترات ، رغم ذلك يستفيد من محادثات الآخرين .

والعلاج النفسى الجماعى غالبا ما يكون مفيدا لجماعات من المرضى لهم نفس المشاكل كمدمنى الكحول او المراهقين او الاطفال الجانحين . حيث يمكن للمريض مناقشة مشاكله مع اعضاء الجماعة الذين يشعرون بنفس الشعور ولهم نفس المشاكل .

وتتكون جماعة العلاج النفسى عادة من ٦ - ١٢ عضوا . وغالبا ما يكون اعضاء الجماعة من نفس العمر الزمنى والمستوى الاقتصادي والاجتماعى والمستوى العقلى . وعادة تتكون الجماعة من مرضى يعانون من نفس المشاكل ، فاختلاف المشاكل كثيرا ما يؤدي الى قلة الاهتمام المشترك بين افراد الجماعة مما يخفض التفاعل بينها . كما أن الجماعة تحتوي عادة على بعض المرضى الذين يتسمون بشدة المدوان ، وآخرون لهم تأثيرهم الواضح في الجماعة . وقد تفشل

الجماعة اذا انضم اليها مرضي يعاين من البارانونيد والهوس والاضطرابات
الاجتماعية والاكتئاب الشديد ، فهؤلاء المرضى يعملون على اضطراب
الجماعة ، فلا تقوم بوظيفتها العلاجية لمعظم افرادها .

وتعقد الجلسات الجماعية مرة كل اسبوع لمدة ٩٠ دقيقة . وفي
بعض الحالات قد تعقد مرتين في الاسبوع ولفترة تزيد او تقل عن ٩٠
دقيقة . وعادة ما يحضر المريض جلسات الجماعة لمدة ما بين عدة
اشهر الى سنة او سنتين او أكثر من ذلك . ومن وقت لآخر قد ينضم
للجماعة أعضاء جدد ، على أن يخضع كل عضو جديد لتشخيص دقيق
قبل أن ينضم للجماعة للتأكد من أنه سيستفيد من العلاج الجماعي .
وقد يرى احد الاعضاء ترك الجماعة ، وقد يؤدي مناقشة هذا الامر
في اجتماع الجماعة على أن يتخلى عن تركها . وقد يترك احد الاعضاء
الجماعة لانه احرز تحسنا بدرجة كافية او أن المعالج قد يرى أن مريضا
لايستفيد من استمراره في الجماعة . وانهاء الجلسات لكل أعضاء
الجماعة يمكن أن يتم باتفاق الجماعة . واذا قل عدد افراد الجماعة عن
اربعة ، فانه يسمح بالتحاق أعضاء جدد أو تحل الجماعة .

واذا اراد المعالج أن ينهى أعماله مع الجماعة فعليه أن يخبر
الأعضاء بفترة زمنية لاتقل عن ثلاثة أسابيع . واذا كان هناك معالج
جديد سيقوم بالعمل مع الجماعة ، فيحتمل أن يترك الجماعة كثير من
الأعضاء ويمكن أن يتم الامر بسهولة اذا شارك المعالج الجديد في
الاجتماعات الأخيرة .

وعلى الرغم من أن المريض قد يعترف بحاجته الى بعض انواع
العلاج ، الا أنه قد يستمر في رفض قبول العلاج الجماعي . والاعتراض
الأساسي على ذلك خوفه من نبد الآخرين له وخجله منهم وعدم الارتياح

في الجماعات والمواقف الاجتماعية . وقد يخبره المعالج بأن العلاج الجماعي يساعده خاصة في تلك المشكلات . وقد يتعلق الأمر من خوف بعض المرضى من أن ييوح الآخرون بأسرارهم ، وكذلك رغبة بعض المرضى في الاستئثار بانتباه المعالج . وبعد سماع اعتراضات المريض يمكن للمعالج أن يشرح القواعد الأساسية للعلاج الجماعي وفوائده . ويمكن للمعالج أن يقترح فترة محاولة ما بين ٦ - ٨ جلسات مع التأكيد للمريض بأنه غير مطالب بالحديث عن شيء يرى الاحتفاظ به سرا . وإذا كان لدى المريض أمور يريد مناقشتها في سرية فقد يخصص المعالج له جلسات فردية . وإذا كان الأمر كذلك فعليه ألا ييوح بشك الأمور في الجماعة ، ولكنه يحث المريض على أن يتحدث عنها في الجماعة .

ويجب على المعالج أن يقابل كل الأعضاء كل على انفراد قبل العمل في الجماعة . وفي هذه المقابلة يمكن أن يشرح المعالج كيفية عمل الجماعة بما في ذلك دور كل من المريض والمعالج . وكثيرا من المعالجين يزودون المرضى بتعليمات مطبوعة قبل الاجتماع الأول . ويبقى بعض المعالجين صامتا في بداية الاجتماع الأول تاركين للمرضى افتتاح المناقشة . وقد يقوم المعالج بكسر الصمت وبدء الاجتماع بالحديث عن سبب اجتماع الجماعة وأسرها . وبعدئذ يطلب من المرضى تقديم أنفسهم ، وبهذا يبدأ المرضى في الحديث عن أنفسهم ومشاكلهم . وإذا استمرت الجماعة في الصمت ، فعلى المعالج أن يقف على أسباب هذا الصمت ويعالجها . وغالبا ما يكون صمت الجماعة كلها تعبيرا عن كراهية أعضائها نحو المعالج أو أن يكون الصمت رد فعل الجماعة لصدمة بسبب عرض مريض لسر من أسرارها ، أو لملاحظة أبعادها المعالج .

ويمكن للمعالج عادة أن يواجه صمت الجماعة بالاستفسار عما يكمن وراءه من احساسات .

وإذا اعتاد عضو من الجماعة الصمت ، فإن الأعضاء الآخرين عادة ما يأخذون المبادرة ويستفسرون عن صمته في محاولة لخروجه من الصمت . وإذا فشل الأعضاء في هذا فعلى المعالج أن يتناول الامر أو أن يخصص للمريض جلسات فردية . وإذا حاول احد أعضاء الجماعة السيطرة عليها ، فإنه يجب أن يبعد عنها . وجلسات فردية قد تحقق لذلك العضو المسيطر بعض الانتباه الذي يسعى اليه وتتيح للمعالج أن يكشف ما يكمن وراء هذا السلوك من حاجات . وإذا فشلت الجماعة في مجادلة عضو يثير الشغب ، فعلى المعالج أن يتدخل بقوله بأنه يرغب في أن يسمع بقية حديث هذا العضو ، أو أن يستفسر عن معنى هذا الشغب أو عما يحدثه لدى الآخرين من احساس .

وفي الاجتماع قد تنشأ بعض المحادثات الجانبية ، وعلى المعالج ألا يسمح باستمرار هذا . ويمكن للمعالج أن يتدخل بقوله بأنه يمكنه فقط متابعة حديث واحد في وقت واحد أو أنه لا يمكنه سماع المناقشات الجانبية .

ومن أنماط المقاومة الأخرى أن يحاول احد الاعضاء القيام بدور مساعد للمعالج . ويحاول الأعضاء النظر الى المعالج على أنه خبير يطلبون نصائحه واجاباته على أسئلتهم . وكما في العلاج الفردي يمكن أن يحول السؤال الى المريض . ويمكن أيضا أن يحول الى الجماعة لأخذ رأى الأعضاء الآخرين ، وعلى ذلك يظهر تفاعل الجماعة .

ويكون من المفيد للمعالج أحيانا أن يقدم النصحة والاجابات

التي تقوم على معلومات لا يعرفها المريض . وتفاعل الجماعة يقل اذا ما اظهر المعالج دائما انه السلطة العليا .

وتختلف الآراء نحو اجتماع الاعضاء بدون المعالج احيانا . فكثير من المعالجين يحثون على تلك الاجتماعات . حيث انها تساعد على التعارف والتماسك بين الاعضاء ويطلب من الجماعة ان تعطى تقريراً عنه في الاجتماع الذي يعقد مع المعالج .

وقد يصاحب العلاج الجماعي علاج فردي يقوم به المعالج الذي يعالج الجماعة او معالج آخر . وتختلف آراء المعالجين نحو ممارسة العلاجين معا . فالعلاج الفردي يتيح للمريض مناقشة ردود فعله نحو الجماعة ومقاومته لها ، فيستطيع المعالج ان يتناولها ويعمل على التخلص منها . وهناك صور مختلفة من العلاج النفسي الجماعي .

العلاج الجماعي الاستكشافي : وهنا يستكشف المريض اسباب مشاكله الانفعالية التي تكمن في علاقاته مع الآخرين . ففي التعبير عن احساساته ومشاكله تتاح للمريض فرصة لفحص مشاكله مع الآخرين الذين يواجهون نفس المشاكل . كما تحدث هذه العملية في وجود المعالج الذي يستطيع فهم هذه المشاكل وتقديم المساعدة . وغالباً ما يشعر المريض بالارتياح عندما يسمع المرضى الآخرين يعرضون مشاكل تشبه مشاكله . فمعرفة ان هناك من يواجه نفس الافكار والاحساسات والصراعات يخفف كثيراً من احساسه بالذنب والقلق . وبالإضافة الى ذلك فان المريض في كثير من الحالات يستطيع ان يدرك احساساته ومشاكله عندما يسمع الرضي الآخرين يناقشون مشاكلهم، وينمي المريض أيضاً بصيرة جديدة بعلاقاته مع الآخرين في المواقف

الحاضرة والماضية عندما يناقش مشاكله ويتبادل التعليقات والتفسيرات مع افراد الجماعة والمعالج . ويبدأ المريض في الوصول الى فهم أكثر وضوحا لشخصيته وكيفية تناول احساساته والارتباط مع الآخرين .

وقد يبدأ افراد الجماعة في تحليل احساساتهم كل نحو الآخر ونحو المعالج ، فقد يتفحصون عدوانهم ورغبتهم في الاعتماد وعواطفهم وتنافسهم وتقمصهم في الجماعة . وفي كثير من الاحيان يمكنهم ملاحظة اوجه التشابه بين تفاعلهم في الجماعة ، وتفاعلهم في حياتهم اليومية خارجها ، وادراك مدى تأثير هذا التفاعل بخبرات الطفولة والمراهقة . وعلى ذلك تصبح الجماعة عملية اجتماعية حيوية تتيح للمريض فرصة الحصول على خبرة تصحيحية في العلاقات ، فيستكشف المشاكل القديمة وينمى اساليب جديدة في تناول الاحساسات والعلاقة مع الآخرين .

وفي العلاج الجماعي الاستكشافي قد يقوم أعضاء الجماعة بتمثيل مواقف حياتية على مسرح صغير بينما يشاهد المرضى الآخرون التمثيلية . ثم يقوم المرضى الذين يقومون بالتمثيل والمعالج والمرضى الذين يشاهدون التمثيلية بمناقشة مشاكل العلاقات التي تتضمنها التمثيلية واحساسات كل أعضاء الجماعة .

العلاج الجماعي التثميني : يقوم هذا العلاج اساسا على طمانة المريض وشرح مشاكله وتعليمه كيفية تناولها . ويقوم المعالج عادة بدور فعال . ولكن يجب أن يكون هدفه تعليم المرضى أكثر من قيامه باستكشاف خبرات حياتهم . وأحيانا يقوم أعضاء الجماعة بعمل تقارير في موضوع مهينة أو مناقشة موضوعات يختارها المعالج أو الحديث في موضوع

معين . وكثير من فاعلية العلاج الجماعى التدعيمى يستمد من الاحساسات الدافئة التى يشعر بها الاعضاء نحو الجماعة واهدافها .

وفيد العلاج الجماعى التدعيمى المرضى الذين يجدون صعوبة شديدة فى الحديث عن انفسهم كبعض المرضى العصبيين أو الفصامين أو المرضى الذين يعانون من اضطرابات نفسجسمية .

العلاج الجماعى الالهامى : ويقوم هذا النوع من العلاج على استلها المبادئ الاخلاقية والدينية . فينصح اعضاء الجماعة بعضهم البعض بالتمسك باهداف الجماعة وقد تحت الجماعة الاعضاء لمرض مشاكلهم عليها لمحاولة حلها . وقد يكون للجماعة قائد أو قد تقسم القيادة بين الاعضاء . ويستخدم العلاج الالهامى مع جماعات منظمة لها نفس الهدف كما فى حالة المتعاطين للكحول .

العلاج بالتدريب الحسى : يستخدم هذا العلاج مع الافراد الذين لا يعانون من مشاكل نفسية واضحة ، ولكنهم يرغبون فى معرفة المزيد عن انفسهم وعلاقاتهم بالآخرين . وفى اجتماع أفراد الجماعة الذى قد يمتد لعدة ساعات أو يزيد للجلسة الواحدة أو قد ينحدد بمدة ٩٠ دقيقة يتدارس اعضاء الجماعة العلاقة بينهم من حيث القيادة ، السيطرة والتنافس والاعتماد والتعاون والاخذ والعطاء ، ومدى تأثير علاقاتهم بالفروق الاجتماعية والاقتصادية وغيرها . وبهذا تحاول الجماعة زيادة حساسية اعضائها فى التفاعل فيما بينهم . وزيادة الحساسية هذه تؤدي بهم الى زيادة الفاعلية فى الجماعات الاخرى التى ينتمون اليها .

وقد يتم العلاج النفسى تحت تأثير المهدئات مما يؤدي الى تقليل

الكف لدى المريض . ففى مقابلات الباريتيورات يعطى المريض جرعة صغيرة من الباريتيورات فى الوريد ثم يقوم المعالج بدور فعال فى توجيه الاسئلة للمريض وتفسير مشاكله . ومع نهاية المقابلة او بعدها مباشرة قد يناقش المعالج بتفصيل اكثر ما كشف عنه المريض من موضوعات . ومقابلات الباريتيورات لاستخدم كثيرا حيث ان مميزاتها لاتزيد كثيرا عن مميزات المقابلات العادية . ويستخدم التنويم المغناطيسى فى العلاج النفسى ، حيث يقوم المعالج باستخدام اوامر متكررة تحت المريض على التركيز على ما يقوله واستبعاد اى مثيرات اخرى من انتباهه . وغالبا ما يوحى المعالج بشدة وباستمرار أن المريض سينتابه حالة شديدة من الاسترخاء وأنه سوف يتعرض لحالة من التناقل يشعر فيها فقط بالكلمات التى يرددها المعالج .

وتختلف درجة تنويم المريض تبعا لمهارة المعالج وسهولة تنويم المريض، كما لا يمكن تنويم كثير من المرضى حتى ولو بذل مجهود كبير فى تنويمهم ، ويستخدم التنويم لايقاف مقاومة المريض للشعورية والاشعورية لمناقشة احساساته وخبراته المؤلمة وصراعاته الانفعالية ، والمعالجون الذين يستخدمون التنويم المغناطيسى غالبا ما يتبعون جلسات التنويم بجلسات يعملون فيها على أن يتكامل فى شعور المريض ما قد كشف عنه فى جلسات التنويم .

ولا يستخدم التنويم المغناطيسى فى العلاج كثيرا ، فكثير من المرضى لايمكن اخضاعهم للتنويم ، كما أن الذين يخضعون منهم للتنويم قد لا يستطيعون استرجاع خبراتهم والحديث عنها بحرية عندما يكونون فى حالة التنويم .

وبالإضافة الى ذلك ، فالمرضى فى كثير من الاحيان لايمكنهم أن يتذكر

جيدا الموضوعات التي تتكشف اثناء جلسة التنويم بعد ان يزول اثر التنويم ، وهذا يقلل من الاهمية العلاجية للموضوعات التي تتكشف . وفي العلاج النفسى الذى يقوم على التنويم المغناطيسى يكون للمعالج اثر شديد على شعور المريض . ويصبح المريض خاضعا له .

وهكذا تعمل اساليب العلاج ، وما يصاحبها من بيئات علاجية تعنى حالة المريض وتنفهم مشاكله وتساعد فى حلها ، على ان يزول عنه الاضطراب ويعود الى تكامله ، فيتحقق للفرد الصحة النفسية التي تتضمن ، اختفاء أعراض الاضطراب وان تنسق انماط سلوكه مع الضغوط التي يواجهها ، على الا تتميز استجاباته لها بالشدة . وان يكون لدى الفرد القدرة على مواجهة مشاكله فى مرونة وثبات .

وعندما يتسم الفرد بهذه الخصائص بدرجة عالية فانه يستطيع مواجهة دوافعه المتصارعة ، وان يقيم علاقات تتميز بالتوافق مع الآخرين ويشارك فى تفرات بناءة فى بيئته الاجتماعية والطبيعية .

المراجع

- دكتور احمد عكاشة . الطب النفسي المعاصر . الانجلو المصرية ، القاهرة ، ١٩٧٦ .
- دكتور حامد عبد السلام زهران . الصحة النفسية والعلاج النفسي . عالم الكتب ، القاهرة ، ١٩٧٨ .
- دكتور عمر شاهين ، دكتور يحيى الرخاوى . مبادئ الامراض النفسية . مكتبة النصر ، القاهرة ، ١٩٧٧ .
- دكتور لويس كامل مليكة . علم النفس الاكلينيكي . الهيئة المصرية العامة للكتاب ، القاهرة ، ١٩٧٧ .
- دكتور يحيى الرخاوى . دراسة فى علم السيكيوباتولوجى . دار الفد للثقافة والنشر ، القاهرة ، ١٩٧٩ .

- Anderson, E.W. Psychiatry. London, Boilliere Tindall, 1975.
- Appleton, W.S., and Davis, J.M. Practical clinical psychopharmacology. New York, Medcom press, 1973.
- Calvin, S. H. and Gardner, L. Theories of personality. New York, John Wiley and Sons, Inc. 1970.
- Chapman, A.H. Textbook of clinical psychiatry, An inter-personal approach. J.B. Lippincott Company, Philadelphia, 1976.
- Eysenck, H.J. Handbook of Abnormal psychology. San Diego, California, Robert. Knapp Publisher, 1973.
- Eysenck, H.J. The dynamic of anxiety and hysteria. London. Routledge, 1967.
- Eysenck, H.J. The structure of human personality. London, Methuen & Co., 1970.
- Fish, F. Clinical psychopathology. Bristol, John Wright, 1967.
- Frank, G. Psychiatric diagnosis. Oxford, Pergamon press, 1975.
- Freedman, A.M. and Kaplan, H.I. Comprehensive textbook of psychiatry. Baltimore, Williams and Wilking, 1967.

- Goodman, L.S., and Gilman, A.Z., The pharmacological basis of therapeutics. New York, MacMillan, 1970.
- Garfield, S.L. Clinical psychology, the study of personality and behaviour. London, Edward Arnold, 1975.
- Grossman, K. Recent advance in clinical psychiatry. London, J.A. Churchill, 1971.
- Henderson and Gillespie's. Textbook of psychiatry. London, New York, Oxford University press, 1969.
- Joffe, J.M. Prenatal determinants of behaviour. Oxford, Pergamon press, 1969.
- Kalinowsky, L.B. and Hippus, H. Pharmacological convulsive and other somatic treatments in psychiatry. New York. Grune and Straten, 1969.
- Kaplan, H.I. and Sadock, B.J. Comprehensive group psychotherapy. Baltimore, Williams and Wilkins, 1971.
- Klein, D.F., and Davis, J.M. Diagnosis and drug treatment of psychiatric disorders. Baltimore, Williams and Wilking, 1969.
- Kleinmuntz, B., Essentials of Abnormal psychology. New York, Harper and Row publishers, 1974.
- Lader, M. Clinical anxiety. London. Heineman, 1971.
- Lanyon, R.I., and Goodstein, L.D. Personality assessment. New York, John Wiley, 1971.
- Lazarus, A.A. Clinical behaviour therapy. New York, Brunner Mazel, 1971.
- Lawrence, C. Kalb Noys. Modern clinical psychiatry. Oxford and Ibh Publishing Co., 1970.
- Lidy, T. The origin and treatment of schizophrenic disorders. New York, Basic Books, 1973.
- Martin, B. Anxiety and neurotic disorders. New York, John Wiley, 1971.
- May, P.R.A. Treatment of schizophrenia. New York, Science House, 1968.
- Mayer, G. W. Clinical psychiatry. London, Cassell, 1960.
- Menolascino, F.J. Psyciatric approaches to mental retardation, New York, Basic Books, 1970.
- Millon, T. Modern psychopathology. Philadelphia, W. B. Sander Co., 1969.

- Nemiah, J.C., Foundations of psychopathology. New York, Jason Aronson, 1973.
- Noyes, Arthur P. Modern clinical psychiatry. London, Saunders, 1963.
- Portnow, A. and Fedatov D. Psychiatry. Moscow, Mir Publisher, 1969.
- Richard, H.R. & Kenneth. E.M. An introduction to psychopharmacology. New York. Rapen press. 1971.
- Rinkel, M. Biological treatment of mental illness. New York, L.C. Page & Co., 1966.
- Rinkel, M. Insulin treatment in psychiatry. London, Peter Owen, 1960.
- Ristson, B. and Hassall, C.E. The Management of alcoholism. London. Edinlwrg, Livingston, 1970.
- Romstagner, Psychology of personality. New York, McGraw-Hill Book Company, 1974.
- Sargant, W., Slater, E., and Kelly, D. An introduction to physical methods of treatment in psychiatry. New York. Jason Aronson, 1973.
- Solomon, P. Handbook of psychiatry. Edition by Philip Solomon and Vernon D. Patch. Bombay, Korthari Book Depot, 1960.
- Sprague, J.M., and Espstein, A.N. progress in psychobiology and physiological psychology. New York, Academic press. 1976.
- Tarachiw, S. Introduction to psychotherapy. New York. International Universities press, 1970.
- Thompson, R.F. Foundations of physiological psychology. New York, Harper and Row, 1967.
- Thompson, T. and Grabowski, H. Behaviour Modification of the mentally retarded. New York, Oxford University press 1972.
- Wolman, B.B. The therapist's Handbook. New York, Va. Nostrand Reinhold Co., 1976.
- Wolpe, J. The practice of behaviour therapy. New York Pergamon press, 1974.

الفهرس

صف	تقديم
٥	
٧	اعراض السلوك المرضي
٣٥	تقسيم الاضطرابات النفسية
٤٣	فحص الحالات
٧٥	الاضطرابات الذهانية
٧٧	- الاضطرابات الذهانية المرتبطة باضطرابات عضوية واضحة
٧٨	خبل الشيخوخة وما قبل الشيخوخة
٨٤	الذهان الكحولي
٩٣	الاضطراب الذهاني المرتبط بحدوى المخ
١٠٦	الاضطراب الذهاني المرتبط بامراض أخرى في المخ
١٣١	الاضطراب الذهاني المرتبط بحالات جسمية أخرى
١٤٩	- الفصام
١٨٠	- الاضطرابات الذهانية الانفعالية
١٨٠	اضطراب الهوس الاكتئابي
١٩٢	الذهان الانتكاسي
٢٠١	- ذهان البارانونيد
٢٠٨	- اضطرابات رد الفعل للذهانية
٢١٣	لاضطرابات العصابية
٢١٨	عصاب القلق
٢٢١	عصاب المخاوف
٢٢٤	- عصاب الوسواس القهري
٢٣٠	عصاب الهستيريا
٢٤٢	- الاكتئاب العصابي
٢٤٧	- النيرواسيتيكا
٢٤٩	- عصاب توهم المرض
٢٥٠	- عصاب انعدام الذاتية

صفحة

٢٥١

اضطرابات الشخصية

٢٥٣

- الشخصية البارانويد

٢٥٥

- الشخصية الدورية

٢٥٦

- الشخصية الفصامية

٢٥٨

- الشخصية الاندفاعية

٢٥٨

س الشخصية الوسواسية القهرية

٢٦٠

- الشخصية الهستيرية

٢٦١

س الشخصية الاجتماعية

٢٦٤

- الشخصية الواعنة

٢٦٧

الاضطرابات الجنسية

٢٦٩

- الجنسية المثلية

٢٧٢

- الاستمراء

٢٧٣

- التفرج

٢٧٤

- تحول الزى

٢٧٦

- الفيتيشية

٢٧٦

- السادية والماسوكية

٢٧٨

- تحول الجنس

٢٧٩

- حب الاطفال

٢٧٩

- حب الحيوانات

٢٨٠

- للعنة

٢٨٢

- اضطرابات القذف

٢٨٣

- البرود الجنسي

٢٨٦

- الام الجماع وانقباض المهبل

٢٨٧

- الرغبة الجنسية الزائدة

٢٨٩

اضطرابات الاعتماد

٢٩١

- الاعتماد على الكحول

٢٩٨

- الاعتماد على المورفين وغيره من المخدرات

٣٠٤

- الاعتماد على الباربيتوراس وغيرها من المهدئات

٣٠٨

- الهالوسينوجينز

صفحة

٣١٠

٣١١

- الحشيش

- الكوكايين

٣١٣

الاضطرابات النفسجسمية

٣١٦

٣٢٠

٣٢١

٣٣١

٣٣٣

٣٣٥

٣٣٥

٣٣٧

- اضطرابات الجهاز الدورى الدموى

- اضطرابات الجهاز الهضمى

- اضطرابات الجهاز العضلى الهيكلى

- اضطرابات الجهاز التنفسى

- اضطرابات الغدد الصماء

- اضطرابات أعضاء الحس الخاصة

- الاضطرابات الجلدية

- اضطرابات الجهاز التناسلى البولى

٣٤٣

التخلف العقلى

٣٦٧

المعالجة

٣٧٧

٣٧٧

٣٩٤

٤٠٠

٤٠٢

٤٠٢

٤٠٣

٤٠٣

٤٠٤

٤٠٩

٤١٠

٤١٣

٤١٥

٤١٦

أساليب العلاج الجسمى

المقايير النفسية

الصددمات الكهربائية

غيبوبة الانسيولين

الجراحة النفسية

العلاج بالاستنشاق للتشنجى

العلاج بالنوم

العلاج الفسيولوجى

أساليب العلاج النفسى

العلاج النفسى التحليلى

التحليل النفسى الفرويدى

العلاج المسلوكى

العلاج الارشادى التذعيمى

العلاج النفسى الجماعى

٤٢٧

المراجع



0546503